

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES**  
LA UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO

**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES**  
**ESPECIALIDAD EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL**

**TÍTULO DE LA TESINA**

**INFLUENCIA DE LA COOPERACION INTERNACIONAL EN LA**  
**REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA DE LOS PUEBLOS**  
**DE LA NACIONALIDAD KICHWA DEL ECUADOR, PERIODO**  
**1990 - 2014**

**PLAN DE TESINA PARA OPTAR AL TÍTULO DE**  
**ESPECIALISTA EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL**

**Autor** : María Georgina De La Cruz Inlago

**Directora** : Dra. Claudia Pedone

Quito, Marzo del 2016

## ACTA DE GRADO

En la ciudad de Quito, a los siete días del mes de enero del año dos mil dieciséis, **MARÍA GEORGINA DE LA CRUZ INLAGO**, portadora de la cédula de ciudadanía: 1001827730, **EGRESADA DE LA ESPECIALIZACIÓN EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL 2013-2014**, ha cumplido con los requisitos académicos y económicos puntualizados en la Ley Orgánica de Educación Superior y la normativa institucional, previos a la obtención del título de: **ESPECIALISTA EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL**.

Habiendo obtenido las siguientes notas:

Promedio Académico: 8.58  
Tesina Escrita: 9.00

**Nota Final Promedio: 8.79**

En consecuencia, **MARÍA GEORGINA DE LA CRUZ INLAGO**, se ha hecho acreedora al título mencionado.

Para constancia firman:

  
Ab. José Luis Jaramillo.  
**SECRETARIO GENERAL**

  
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES  
LA UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO

**SECRETARÍA  
GENERAL**

  
Dra. Analia Minteguiaga  
**RECTORA (E)**

  
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES  
LA UNIVERSIDAD DE POSGRADO DEL ESTADO

**RECTORADO**

## AUTORÍA

Yo, **MARÍA GEORGINA DE LA CRUZ INLAGO, ESPECIALISTA EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL**, CI 1001827730, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo; así cómo, los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad de el/la autor (a) de la Tesina



---

Firma

C.I. 1001827730

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la publicación de esta Tesina, de su bibliografía y anexos, como artículo en publicaciones para lectura seleccionada o fuente de investigación, siempre dando a conocer el nombre del autor y respetando la propiedad intelectual del mismo.

Quito, marzo del 2016



-----  
FIRMA DEL CURSANTE

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo a todos aquellos y aquellas buscadores de información en el esfuerzo de contribuir en la temática de salud de los pueblos indígenas del Ecuador. A mi hija por ser una luz que me motiva en el reto de continuar en mi formación académica.

Georgina De La Cruz

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis profesores y profesoras por proveer todos sus conocimientos en la especialidad de Cooperación Internacional, a mis compañeros y compañeras de clase por compartir sus diversos aportes en reflexiones y análisis de los diferentes temas y en especial a mi Tutora Dra. Claudia Pedone, quien es su clase motivó a realizar la presente investigación y además ha sido la guía fundamental en el presente trabajo.

Georgina De La Cruz

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO .....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
<b>CAPÍTULO I</b>	
1. ECUADOR EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Y EL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA).....	12
1.1. Adopción de la política internacional para la salud.....	13
1.2. Posicionamiento del Ecuador con la política de salud intercultural a nivel internacional .....	14
1.3. Potenciales oportunidades para el Ecuador como miembro del Consejo de Salud del ORAS-CONHU .....	16
1.4. Análisis de la normativa y planificación nacional en materia de salud para la reducción de la muerte materna en población indígena .....	17
1.4.1. Constitución 2008 .....	18
1.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) .....	19
1.4.3. Ley Orgánica de Salud .....	20
1.4.4. Estatuto Orgánico Funcional del Ministerio de Salud .....	20
1.4.5. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado .....	21
1.5. Programas del MSP encaminadas a la reducción de muerte materna .....	23
1.5.1. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (PRAMM), septiembre del 2008 .....	23
1.5.2. Norma CONE .....	25
<b>CAPÍTULO II</b>	
2. MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO .....	27
2.1. Marco Teórico .....	27
2.2. Teoría de la Cooperación Internacional .....	31
2.3. Concepto de cooperación internacional .....	32
2.4. Proyectos sociales vs desarrollo tecnológico de la salud: embarazo y muerte materna, del impacto social a la práctica local. ....	36
2.5. Concepciones de salud para la cooperación internacional y en la medicina ancestral su relación con el Buen Vivir (naciones y pueblos indígenas) .....	37
2.6. Marco Metodológico .....	39
<b>CAPÍTULO III</b>	
3. RED DE SERVICIOS DEL SECTOR SALUD ECUATORIANO .....	42
3.1. Salud en el servicio público y privado .....	42
3.2. Tipos de atención en parto: tradicional/ancestral .....	47
3.3. Oferta de servicio de parto en libre posición o centros inclusivos .....	50
3.4. Inversión de la cooperación internacional en la reducción de la muerte materna con enfoque intercultural. ....	54
3.4.1. Implicaciones de la muerte materna para el desarrollo .....	54
3.5. Adecuación cultural de los espacios de parto en los servicios de salud .....	57
3.6. Instituciones de cooperación con acciones encaminadas a la reducción de muerte materna en población kichwa.....	57
3.7. Aporte de los conocimientos de las parteras en la reducción de la muerte materna en el país .....	58

## **CAPITULO IV**

<b>4. ANÁLISIS SOBRE LA INFLUENCIA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN LA REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA EN LA NACIONALIDAD KICHWA DEL ECUADOR.....</b>	<b>62</b>
4.1. Mapa de las Nacionalidades Indígenas del Ecuador .....	63
4.2. Resultados de la encuesta aplicada .....	64
4.2.1. Conocimiento de causas y lugar de muerte materna .....	67
4.2.2. Percepción de embarazo, parto y posparto en los pueblos indígenas .....	69
4.2.3. Incidencia de la cooperación internacional .....	69
4.2.4. Conocimientos ancestrales, roles de parteras e instituciones .....	72
4.2.5 Experiencia profesional de la atención de parto .....	74
4.2.6. Conocimiento de políticas públicas para la reducción de muertes maternas .....	75
4.2.7. Servicio de salud al que han acudido usuarias como medida para evitar MM .....	76
4.2.8. Persepción sobre el trato a las usuarias de las diversidades culturales, en las Unidades Operativas. ....	76
4.2.9. Demanda de las nacionalidades y pueblos indígenas para reducir la mortalidad materna .....	76
4.2.10. Estrategia Implementada por la Cooperación Internacional para la reducción de muerte materna .....	77
4.2.11. Conocimiento de las usuarias, líderes y lideresas, sobre el apoyo de las parejas a las mujeres durante el embarazo y el parto.....	77
4.2.12. Contribución de lideresas para reducción de muerte materna .....	77

## **CAPÍTULO V**

<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>85</b>
5.1. Conclusiones .....	85
5.2. Recomendaciones .....	88
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>93</b>



## RESUMEN EJECUTIVO

La investigación realizada sobre, “Influencia de la cooperación internacional en la reducción de muerte materna en pueblos indígenas de la nacionalidad kichwa, en el periodo 1990 a 2014”, según bibliografías, se sustenta en una base teórica e histórica de un proceso de cambios vividos en contexto organizativo, de la población indígena y los diversos programas de salud desarrollados a nivel del Estado sin el enfoque intercultural en los años 90 y los avances existentes hasta el 2014, de marcos normativos y políticas públicas en aplicación mediante la creación de servicios de atención de parto en libre posición como oferta para toda mujer en el marco de la reducción de la muerte materna.

Por su parte, la intervención de las instituciones de cooperación internacional, en favor de los pueblos indígenas en su mayoría ha realizado mediante convenios con el Ministerio de Salud Pública, con resultados positivos de un proceso participativo de las parteras en actividades de capacitación.

Sin embargo en el trabajo de campo, una gran mayoría de informantes claves, desconocen los procesos de cooperación internacional, las políticas, los convenios y tratados internacionales en el marco de la reducción de la muerte materna, en favor de los Pueblos indígenas, aunque de forma tasita expresan la imposición de planes y programas verticales promovidos en los años 90 sin el enfoque intercultural, desde el nivel institucional que como respuesta de la población indígena fue no acudir a los servicios de salud, demandando en el 2003 la implementación de una atención con enfoque intercultural en el servicio de parto en las Unidades Operativas, así como la valorización de los saberes ancestrales de las parteras como talento humano INSITU con la fortaleza de sus costumbres y tradiciones que en la actualidad expresan un inicio de articulación entre el servicio de salud y el servicio de las parteras como una estrategia en la reducción de la muerte materna.

## INTRODUCCIÓN

En Ecuador, los pueblos indígenas de la nacionalidad kichwa, ubicados en la región andina, comienzan a plantear temáticas de derechos de salud en 1973, a raíz del surgimiento de procesos organizativos como ECUARUNARI (Ecuador Runakunapak Riccharimui)<sup>1</sup>. A partir de mediados de la década de 1980, con el nacimiento de la organización de representación nacional CONACNIE, hoy Confederación de las Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), se profundiza el planteamiento de los derechos en salud. En la década de 1990, esta organización promueve un levantamiento indígena a nivel nacional denominado “500 años de resistencia” y logra ubicar en la palestra política sus demandas mediante el proyecto político nacional desde pueblos y nacionalidades en 1994, que en materia de salud señalaba que “los índices más altos de desnutrición, mortalidad infantil y materna se debe a la deficiente e inhumana atención que reciben en los hospitales”. Además, enfatizan que las autoridades han restringido la aplicación de los conocimientos de quienes hacen medicina ancestral persiguiéndoles. Este proyecto político consta en su Art. 46, literal b) Demandar al Estado el apoyo financiero necesario para el rescate, revalorización y desarrollo de la medicina ancestral/tradicional.

Particularmente la intervención en salud sexual y reproductiva en los pueblos indígenas ha sido realizado por organismos de cooperación internacional como: el Instituto Lingüístico de Verano<sup>2</sup> (con función religiosa evangélico) que desarrollaron programas de planificación familiar mediante la colocación de los Dispositivos Intrauterino (DIU)<sup>3</sup>. Desde la década de 1960, otros organismos que intervienen en temas de planificación familiar, como el control de la natalidad, son el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) y la Asociación Pro bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE), sin plantear la reducción de la muerte materna.

Sin embargo, como fruto de las demandas de la representación organizativa de pueblos y nacionalidades, a partir de los años 90, los organismos de cooperación internacional reorientan su accionar en los programas de salud materna con miras a la reducción de la muerte materna.

---

<sup>1</sup> ECUARUNARI, Confederación de Pueblos Kichwas del Ecuador

<sup>2</sup> Organismo Internacional de carácter religioso evangélico, expulsados por el Movimiento indígena del Ecuador en 1980, hoy forma parte del Consejo consultivo de la UNESCO

<sup>3</sup> Métodos de planificación familiar (espiral y T de cobre)

Por su parte como Estado ecuatoriano, el Ministerio de Salud Pública creado en 1967, en cumplimiento de normas internacionales (convenios, tratados y declaraciones) de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), realiza actividades encaminadas a reducir la muerte materna a nivel nacional y particularmente en población indígena de la nacionalidad kichwa de la sierra mediante el Programa de Capacitación en zonas rurales (CVRs), apoyados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), con la proyección de la reducción de la muerte materna que contempla en el objetivo 5 Mejorar la Salud Materna, del Objetivo de Desarrollo del Milenio 1990 – 2015. Su objetivo fundamental fue la capacitación a las parteras.

Debido a la demanda constante de los pueblos indígenas, en 1998 la Constitución de la República, reconoce los Derechos Colectivos de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas entre ellos el ejercicio de los conocimientos ancestrales como el de salud, de ahí que en 1999 se da la creación de la Dirección Nacional de Salud de los pueblos indígenas con el mandato de fortalecer la medicina ancestral. Reconocimiento que también forma parte en la actual Constitución del Ecuador Art. 363, numeral 4.

En la actualidad Ecuador cuenta con el instrumento de planificación, Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 PNBV, en su Objetivo 3, Meta 3.1. Reducir la razón de la Muerte Materna a un 29.0% que tiene en cuenta que en el 2011 fue de 70.4 y que en el 2017 sea de 54 calculado un caso por 100.000 nacidos vivos.

La presente investigación tiene como finalidad principal conocer la influencia de la cooperación internacional en la reducción de la muerte materna, presente con mayor frecuencia en pueblos indígenas del Ecuador y particularmente en los Pueblos de la Nacionalidad kichwa en relación a otras mujeres (1990-2014). Además, nos interesa analizar la intervención en el contexto de salud sexual y reproductiva, las políticas, los programas y las estrategias desarrolladas dirigidas a poblaciones indígenas, tomando en cuenta que en la población indígena está presente el sistema de medicina ancestral/tradicional y en particular el rol de las parteras en la reducción de la muerte materna. Sistema que es reconocido en la Constitución y demás normativas jurídicas en el Ecuador y que además demanda su fortalecimiento al conocimiento, saber y práctica milenaria de los pueblos y nacionalidades indígenas.

El estudio se orienta a partir de las siguientes preguntas de investigación:

- ¿De qué manera contribuye la cooperación internacional y sus recursos destinado a salud sexual y reproductiva, en la reducción de muerte materna de la nacionalidad kichwa del Ecuador?
- ¿Cuáles fueron las políticas que orientaron las actividades dirigidas a los pueblos de la nacionalidad kichwa para reducir la muerte materna desde 1990 al 2014)?
- ¿Cuáles han sido las causas atribuidas a las muertes maternas que se han dado en estos pueblos y nacionalidades?
- Los Programas de Salud Materna para la reducción de muerte materna, con Cooperación Internacional, han sido un factor que influye para la disminución del rol de las parteras ancestrales de los pueblos de la nacionalidad kichwa?

Los programas de cooperación internacional han sido desarrollados en Ecuador principalmente por las Agencias de las Naciones Unidas como: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La OPS realiza su cooperación en la construcción de políticas públicas, además de fortalecer iniciativas que permita disminuir las brechas de inequidades entre los diferentes pueblos. El UNFPA, orienta la cooperación, dirigido a disminuir la muerte materna, embarazo en adolescentes prevención de VIH/sida específicamente en favor de los pueblos indígenas

La muerte materna es una de las consecuencias que atribuyen a un problema de salud, a la falta de servicios de salud, por lo cual, amerita un análisis de las políticas aplicadas, la conceptualización de salud sexual y reproductiva y, particularmente, a la muerte materna y su efecto en la familia y en la comunidad, así como abordar las causas que llevan. Este análisis, nos conducirá a una reflexión de las concepciones sobre salud y muerte en pueblos indígenas de la nacionalidad kichwa.

### **Objetivo general**

Analizar la influencia de la Cooperación Internacional en la reducción de muertes maternas en los pueblos de la nacionalidad kichwa del Ecuador en el periodo 1990 al 2014.

## Objetivos específicos

- Explorar los lineamientos de la Cooperación Internacional para el trabajo en pueblos de la nacionalidad Kichwa en función de la reducción de muerte materna
- Analizar los programas y proyectos de salud sexual y reproductiva (embarazo, parto y posparto) dinamizado con el apoyo de la cooperación internacional, sea a través de las instituciones del estado, como de forma directa en las comunidades.
- Contribuir al análisis de la influencia de la cooperación internacional a la formulación de políticas en la reducción de la muerte materna en pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador

A partir de este contexto histórico, el capítulo I describe el desarrollo de la investigación, las demandas generadas desde el nivel local los pueblos de la nacionalidad kichwa, las estrategias de planes y programas implementados por los diferentes organismos de cooperación internacional, las políticas aplicadas, su relación y articulación de los conocimientos ancestrales, como proyectos sociales con el desarrollo tecnológico de la salud, las diversas concepciones de la salud planteadas e implementadas para la reducción de la muerte materna.

El capítulo II permite conocer el marco teórico metodológico, las teorías de la cooperación, el análisis del concepto de cooperación internacional, los proyectos sociales vs desarrollo tecnológico de la salud: embarazo y muerte materna, del impacto social a la práctica local, las concepciones de salud para la cooperación internacional y en la medicina ancestral su relación con el Buen Vivir (naciones y pueblos indígenas).

El capítulo III desarrolla, el entorno general del sector salud a nivel público y privado, las diferentes atenciones, el enfoque intercultural, su estructura funcional del órgano rector, datos sobre muerte materna, políticas y programas encaminados a la reducción de muerte materna.

El capítulo IV, permite ver análisis de resultados sobre la investigación de campo con los actores claves identificados, el aporte de los conocimientos de las parteras en la reducción de la muerte materna.

Finalmente el capítulo V aborda las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## CAPÍTULO I

### 1. ECUADOR EN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Y EL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

Ecuador, acoge las políticas emitidas por estos organismos, el más reciente es, centrar la cooperación en las necesidades y requerimiento de los países llamada “Cooperación Enfocada en el País o Country Cooperation Strategy –CCS”, desde el 2010 al 2014. Estrategia del que es beneficiario Ecuador a través de la agencia técnica de Fondo de Población UNFPA, que viabiliza la cooperación con principios de equidad y solidaridad, suma el aporte al logro de la meta del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, reducir a 29,0% la mortalidad materna<sup>4</sup>.

El Gobierno Ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública en la administración de la Dra. Carolina Chang, Ministra de Salud, en septiembre del 2009 aprobó la propuesta “Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) 2012-2015”, que consideraba los siguientes principios:

- a) Equidad, inclusión social y reducción de la pobreza
- b) Desarrollo económico inclusivo, empleabilidad y trabajo decente.
- c) Gobernabilidad democrática y reforma y modernización del Estado
- d) Seguridad ciudadana y prevención de la violencia
- e) Sostenibilidad ambiental y reducción del riesgo de desastres

La estrategia política referente a salud sexual y reproductiva tiene como indicador el “Número de establecimientos de salud que cumplen con criterios de calidad de servicios en SSR estandarizados acorde a la nueva política de SSR y de atención a la infancia del Ministerio de Salud”<sup>5</sup>, correspondiente a todos sus países miembros. En el caso de Ecuador estos indicadores coinciden con el Plan Nacional del Buen Vivir ‘hacia el logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Meta del Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, pág. 153

<sup>5</sup> Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo UNDAF, pág. 19. en línea <https://data.unfpa.org/downloadDoc.unfpa?docId=320>

<sup>6</sup> Estrategia de cooperación de país de la OPS/OMS en Ecuador, periodo 2010-2014, Ministerio de Salud y OPS representación Ecuador, pág. 3-10.

A continuación, se describe las diferentes políticas, instrumentos y normativas internacionales y nacionales emitidas desde diferentes organismos del cual es miembro el Ecuador, así como las diferentes estrategias realizadas como el país, en el contexto de la reducción de la muerte materna, que permitirá en la presente investigación tener una lectura crítica que sustente las diversas acciones encaminadas a favor de los pueblos indígenas de la nacionalidad kichwa del Ecuador

### **1.1. Adopción de la política internacional para la salud**

Los mecanismos establecidos en el contexto internacional, tienen su relación de cumplimiento, mediante tratados, convenios y declaraciones de las diferentes asambleas de la Organización de Naciones Unidas ONU y/o de sus agencias de cooperación, además a través de encuentros, foros y conferencias mundiales, regionales e internacional en diversas temáticas. Estas Declaraciones permiten contar con directrices para la ejecución de políticas nacionales de los países miembros. A continuación se detallan las resoluciones internacionales relacionadas con la temática en estudio:

- Resolución de la Cumbre Mundial del 16 de septiembre del 2005, aprobada por los Jefes de Estado y de Gobierno, se da la reafirmación de la Declaración de los Objetivos del Milenio ODM 2000-2015.
- Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la equidad de la Mujer, realizada del 4 al 15 de septiembre de 1995 en Beijín, que demanda a los Estados su cumplimiento. “Reconocer que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente, sin coerción, discriminación ni violencia” (INDESO MUJER (Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer, 1995)
- Y el Sexagésimo primer período de sesiones Tema 68 del programa 06-51210, aprobada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, Artículo 8.1. Los pueblos y los individuos indígenas tienen derecho a no ser sometidos a una asimilación forzada ni a la destrucción de su cultura.

Estas Resoluciones y Declaraciones formuladas en un contexto internacional, Ecuador las promueve, con el apoyo del UNFPA, en torno a la reducción de muerte materna, la implementación de Adecuación cultural de los servicios de atención del parto

en los establecimientos de salud de tipo C, contando hasta la actualidad con 58 Unidades Operativas brindando servicio de atención de parto culturalmente adecuado, además de apoyo para varios estudios y capacitaciones a las parteras y promotores de salud en los pueblos indígenas<sup>7</sup>.

Además de acciones promovida por el MSP, en función de los datos registrados de la tasa de mortalidad materna, desde 1990 -2014, de 117,2 a 50,7 por cada cien mil nacidos vivos, señalando que la mujer indígena es la más afectada<sup>8</sup>. En este sentido, el MSP plantea como política pública lo siguiente:

“Desarrollar el marco legal que permita incluir a las parteras y a la medicina tradicional en un sistema integral y en los beneficios de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Fortalecer el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna que incluye el reforzamiento de información y de vigilancia epidemiológica de la muerte materna, así como mejorar la atención a las emergencias obstétricas. Fortalecer la educación de las mujeres, la familia y la comunidad para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto y posparto. Atender adecuadamente las complicaciones obstétricas y del neonato, mediante unidades hospitalarias de cuidados obstétricos y neonatales, tanto esenciales como ampliados, ya que se consideran algunas de las más importantes alternativas para disminuir la mortalidad materna”<sup>9</sup> (Secretaría Nacional de Planificación SENPLADES, 2007).

## **1.2. Posicionamiento del Ecuador con la política de salud intercultural a nivel internacional**

La existencia de pueblos y nacionalidades indígenas en el Ecuador, ha abocado en el reconocimiento Constitucional del 2008, como un Estado Intercultural y Plurinacional, sin embargo, a raíz del levantamiento indígena en 1990, data varios acuerdos y decretos de los gobiernos realizados a favor de la demanda de los pueblos indígenas.

En el ámbito de la salud, el 13 de Septiembre de 1999, se creó la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI), mediante Acuerdo Ministerial No. 01642, en la estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública, para fortalecer el sistema de la medicina ancestral de los pueblos y nacionalidades y promover políticas de interculturalidad que permita el acceso a los servicios de salud pública. Instancia conformada por 120 técnicos en 19 provincias del Ecuador<sup>10</sup>, cuyo plan de trabajo ha sido

---

<sup>7</sup> Exposición de Directora Nacional de Salud Intercultural, Segunda reunión del Consejo Interministerial Binacional Ecuatoriano – Chileno, los días 6 y 7 de septiembre del 2009, En la ciudad de Quito Ecuador.

<sup>8</sup> Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia-MSP

<sup>9</sup> II Informe nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Ecuador 2007

<sup>10</sup> Ubicados en provincias con mayor población indígena y no en las 24 provincias del Ecuador.



sostenido con estrecha coordinación con las organizaciones y actores indígenas hasta el 2003, considerado como primera fase.

La segunda fase del Plan estratégico (2003 - 2008) apunta a la identificación de los Hombres y Mujeres de sabiduría como las parteras de los pueblos y nacionalidades y como tercera fase (2008 - 2014), con directrices de institucionalidad de acuerdo a la reforma del sector salud, sin coordinación con los pueblos y nacionalidades del Ecuador y con denominación de Dirección Nacional de Salud Intercultural, con objetivos más amplios, sin recursos y pérdida de institucionalidad en contexto nacional.

De forma general se detallan a continuación las acciones encaminadas por Salud Intercultural desde su creación que ha permitido su posicionamiento internacional:

1. Fortalecimiento de la medicina ancestral, con talleres de concertación con actores que ejercen los conocimientos, saberes y prácticas de la medicina ancestral.
2. Emprendimiento de levantar una base de datos de “hombres y mujeres de sabiduría ancestral en salud”,<sup>11</sup> mediante el proceso de “legitimación comunitaria”<sup>12</sup> de los hombres y mujeres de sabiduría ancestral<sup>13</sup>, desde el 2003 hasta el 2013 cuenta con 1130 legitimados, de los cuales 449 corresponden a la categoría de parteras, de las cuales de la nacionalidad kichwa son **396**, lo cual indica que no están legitimadas en todas las comunidades. El informe destaca que es un trabajo inconcluso y donde es necesaria una actualización (Ministerio de Salud Pública, Salud Intercultural, 2014).
3. Implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud, para la accesibilidad de toda población y particularmente para la reducción de muerte materna, implementando la adecuación cultural del espacio de atención de parto. Al 2013, con 58 Unidades Operativas de salud con adecuación cultural del espacio para atención de parto<sup>14</sup>, mediante la aplicación de una “Guía Técnica para la

---

<sup>11</sup> Denominación homogénea adoptada de forma general para referirse a las personas que ejercitan la sabiduría ancestral, debido a que sus denominaciones son distintas en casa pueblo o nacionalidad.

<sup>12</sup> Legitimación comunitaria proceso desarrollado en una asamblea de la comunidad de acuerdo a normativas internas con acompañamiento de MSP, Salud Intercultural.

<sup>13</sup> Borrador de Normativa Técnica y lineamientos generales para el ejercicio de la medicina ancestral de los hombres y mujeres de sabiduría ancestral de los pueblos y nacionalidades del Ecuador, Salud Intercultural 2011.

<sup>14</sup> Informe técnico de Salud Intercultural, Dra. Myriam Conejo Directora de Salud Intercultural 2013

Atención del Parto Culturalmente Adecuado”,<sup>15</sup> como esfuerzo del posicionamiento y desarrollo de la salud intercultural, con visión y misión institucional por una parte y por otra como planteamiento inserto en el Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y en el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna y a la fecha en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Intercultural y Comunitario (MAIS).

Estas experiencias entre otros a nivel internacional, Ecuador ha aportado en los ejes para la consolidación y creación de la Comisión Andina de Salud Intercultural en el Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Onanue, (Lima, 2005) que ha permitido que a partir del 2006, se incorpore la interculturalidad en las Resoluciones de los Ministros de Salud del Área Andina (BID-PROAUS-Ministerio de Salud Pública, Salud Intercultural, 2006) y se genere el Plan Andino de trabajo en Salud Intercultural<sup>16</sup>, del que forman parte Bolivia, Colombia, Chile, Venezuela, Perú y Ecuador.

Existen convenios binacionales de cooperación entre salud Intercultural de Ecuador y Brasil en 2010, con Chile en el 2011 y con Bolivia en el 2013 y en el contexto nacional el convenio de cooperación con la Agencia de las Naciones Unidas OPS/OMS y el UNFPA sobre el estudio del Rol de parteras en el 2011, Plan Ecuador, CARE Internacional, Ayuda en Acción, con producción de materiales educacionales entre ellos afiches y calendarios de conocimientos ancestrales de las parteras de nacionalidad kichwa en el 2010 y con capacitación e intercambio de conocimiento entre las parteras.

Además se ha firmado un convenio internacional entre Family Care International y el MSP para la producción documentos sobre propuesta de políticas públicas con enfoque intercultural como: Transversalización del enfoque intercultural en las normas de salud materna, servicio de salud materna con pertinencia intercultural son nuestro derecho etc., todas las iniciativas que se suman a la Reducción de la Mortalidad Materna en un 30% para el 2010 (FCI, 208-2009)

### **1.3. Potenciales oportunidades para el Ecuador como miembro del Consejo de Salud del ORAS-CONHU**

---

<sup>15</sup> Guía Técnica vigente desde el 20 agosto del 2008, Acuerdo Ministerial 0000000474, construido con la participación de las organizaciones indígenas representativas del Ecuador.

<sup>16</sup> <http://www.orasconhu.org/publicaciones/plan-andino-de-salud-intercultural>

El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito UNANUE del ORASCONHU, es un Acuerdo de cooperación firmado en 1971 por los Ministros de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, su sede está en la ciudad de Lima de la República del Perú. Tiene como propósito, el de contribuir al mejoramiento de la salud de sus poblaciones y desarrollar acciones coordinadas para enfrentar problemas comunes de salud.

Las semejanzas de conformación de los pueblos culturalmente diversos en los países de la región andina, ha facilitado la cooperación y relaciones bilaterales entre los países de la región, a través de apoyo técnico, encuentros e intercambio de experiencias, que encaminan al logro de los objetivos propuestos, entre ellos:

- Convertir los determinantes sociales en el eje de las políticas públicas y programas de salud en la región andina y promover sistemas que garanticen el acceso universal a la salud.
- Plan Andino de Salud 2007 - 2014, en el que incluye “La situación de formación de talento humano en salud con enfoque intercultural a nivel superior de pregrado en las universidades de sus países miembros” y un estudio que considere.
- La formulación de políticas de salud a nivel de formación de talento humano con enfoque intercultural en la región andina. Y
- El Proyecto Andino de Frontera con población indígena “PASAFRO” “Salud: Puente para la Paz y la Integración,” para el periodo 2008-2009.

Finalmente señalar, que Salud Intercultural forma parte de la comisión técnica de Salud Intercultural en el ORASCONHU como representación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (ORASCONHU, 2014).

#### **1.4. Análisis de la normativa y planificación nacional en materia de salud para la reducción de la muerte materna en población indígena**

Se toma como referencia aquellas políticas, lineamientos, planes y programas relacionados con la temática de salud de la mujer y particularmente con la reducción de muerte materna, por una parte, y, por otra aquello que tiene relación con los derechos de los pueblos indígenas en particular con la nacionalidad kichwa del Ecuador.

### **1.4.1. Constitución 2008**

Tienen relación con la temática en estudio el Art. 1 El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico...

En su sección séptima Salud, Art. 32, La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos...; en su segundo párrafo indica que el Estado garantizará este derecho, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente y oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En su sección cuarta Mujeres embarazadas, en su Art.43, numeral 2, asegura la gratuidad de los servicios de salud materna y en numeral 3, garantiza la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

En el Capítulo cuarto, derechos de las comunidades pueblos y nacionalidades, en su Art. 57, numeral 2, declara no ser objeto de racismo y de ninguna forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica y cultural y numeral 12. Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales;... sus medicinas y prácticas de la medicina tradicional;... Se prohíbe toda forma de apropiación sobre sus conocimientos innovaciones y prácticas y en su Sección Segunda Salud, Art. 360. El Sistema garantizará a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud,... y articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. En su art. 363. Numeral 4. Garantizará las prácticas de la salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos medicinas e instrumentos.

En contexto general el Ecuador cuenta con una normativa constitucional incluyente, que permite al MSP, institución rectora en materia de salud, fortalecer los

programas y proyectos con enfoque intercultural que encaminen a la reducción de la muerte materna en la población indígena. No obstante aún queda por lograr el objetivo 5 trazados en el ODM.

Sin embargo en las estrategias para la reducción de la muerte materna dinamizada por el MSP, no constan acciones afirmativas, dirigidas para las nacionalidades y pueblos indígenas, que incluya las diferentes cosmovisiones culturales durante el embarazo, parto y posparto. Aquellas estrategias planteadas dista de la realidad y demanda de los pueblos y nacionalidades, presentada como CONAIE mediante Propuesta de una Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales, en el que plantean la implementación de:

- a) sistemas mixtos de articulación de la medicina occidental y tradicionales
- b) Sistema de Salud preferencial (libertad de decidir el usuario entre el sistema formal y tradicional)
- c) El servicio ofertado debe ser diferencial que responda a la diversidad cultural
- d) Servicio de salud debe ser universal al alcance de todos los ecuatorianos y las ecuatorianas.
- e) Se debe sostener en una red de referencia entre los dos sistemas (tradicional/ancestral y biomédico)
- f) La autonomía de cada uno de los sistemas con capacidades de tomar decisiones, manejar y responsabilizarse de sus propios sistemas de salud

(Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador, CONAIE, 1998)

#### **1.4.2. Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017)**

El Plan Nacional del Buen Vivir es un Instrumento de Planificación del Ecuador. En su objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población, como diagnóstico de salud. Manifiesta que “la tasa de mortalidad en general fue de 4,3 muertes por cada mil habitantes, lo que muestra una ligera mejora con respecto al año 2000 (4,6 por cada mil habitantes). En el caso de la tasa de mortalidad materna, esta fue de 69,5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, en 2010 y aún no se ha logrado impactar con el indicador que ha oscilado entre 48,5 y 69,7 entre 2001 y 2010”.

Y en políticas y lineamientos estratégicos del PNBV, propone 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas. Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural, como meta al 2017. 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES, 2013).

Directriz de planificación, que orienta, las acciones a desarrollar para la reducción de la Muerte Materna.

### **1.4.3. Ley Orgánica de Salud**

Esta Ley, publicado en el Registro Oficial del suplemento #423 como Ley 63, del 22-12-2006. En su Capítulo III De la salud sexual y la salud reproductiva. Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud, sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

Art. 25.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afro ecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona. Y en el Capítulo II de las medicinas tradicionales y alternativas, en su Art. 189.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza - aprendizaje.

### **1.4.4. Estatuto Orgánico Funcional del Ministerio de Salud**

Documento oficial, aprobado el 02 de agosto del 2013. Permite regular su estructura orgánico funcional, en el mismo forma parte, la Dirección Nacional de Salud Intercultural con su Misión de “Formular y coordinar la implementación de políticas, planes, programas y demás herramientas de salud intercultural en el Sistema Nacional de Salud y la gestión del Ministerio de Salud Pública, que garanticen el reconocimiento y respeto de la diversidad de pueblos y nacionalidades, y la articulación de los conocimientos, saberes y prácticas ancestrales de salud”.

Entre sus atribuciones para el efecto es dinamizar actividades mediante unidades de gestión interna como:

- Promoción de la Salud Intercultural
- Cosmovisiones, Medicinas Ancestrales y Alternativas

(Ministerio de Salud Pública, 2013, pág. 49 y 51)

#### **1.4.5. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado**

Documento legal en vigencia desde su aprobación del MSP en agosto del 2008. Su contenido es construido de forma colectiva con la participación institucional de la Dirección Nacional de y el subproceso de Medicina Intercultural del Ministerio de Salud Pública en consenso con una comisión de expertos médicos, obstetras, parteras, antropólogos, usuarias, académicos, organizaciones de base comunitarias (líderes y lideresas) y Organismo de Cooperación (UNFPA, FCI, CARE International).

El documento tiene como sustento las diferencias entre la atención en los servicios de la salud y la atención de parto en domicilio ligadas a sus costumbres y tradiciones en su entorno familiar. Este planteamiento se da en el marco del reconocimiento de un Estado Plurinacional e Intercultural, además de varios testimonios emitidos por los y las usuarias en la atención hospitalaria en cuanto al trato y procedimiento de atención del parto en el nivel hospitalario arraigado con la discriminación étnica y cultural del o la profesional de salud. Resultado que se puede visibilizar en la encuesta realizada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPAR) en su texto Situación de la Salud de los Pueblos Indígenas en el Ecuador:

**Grafico 1:** Razones por las cuales decidió dar a luz en la casa



Fuente: ENDEMAIN 2004<sup>17</sup>

Visibilizando así, que la mujer indígena tiene por “costumbre” dar a luz en sus casas, pero a la vez, relacionada con los factores socioeconómicos necesarios para su traslado y de sus acompañantes a la ciudad donde se encuentran los establecimientos de salud. Además de estar ligado con las barreras culturales como: el no manejo del idioma kichwa por los profesionales de la salud, que facilite el diálogo intercultural con la parturienta.

Otra razón para dar a luz en casa, es el mal concepto del establecimiento de salud, en la atención que brindan en el servicio de salud a las usuarias, debido a su condición étnicas, de género y de clase, haciéndoles objeto de discriminación y generando desigualdades.

Cabe destacar, que los aspectos culturales juegan también un papel fundamental durante el proceso de parto en una mujer indígena, tales como: la presencia y acompañamiento de su pareja o esposo, de sus familiares, ambiente cálido y amigable en su hogar entre otros.

Por ello, es imprescindible rescatar la norma que plantea, la adecuación cultural de la atención del parto, considerar que en toda mujer la maternidad es un acontecimiento

<sup>17</sup>

En línea: [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/calidad/cal1.htm](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/calidad/cal1.htm)



importante en la vida social y reproductiva de las mujeres, y particularmente en las mujeres indígenas está involucrado conocimientos, costumbres, rituales, prácticas y saberes en el que están integrados un conjunto de aspectos socioculturales, religiosos, ecológicos, afectivos con una visión holística del ser humano que integra el cuerpo y el espíritu incluido sus deidades, destacando por ello algunas procedimientos que practican en los pueblos y nacionalidades y que se incluye en la normativa como elementos a ser implementados en la adecuación cultural del parto.

- a) El trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares
- b) Acompañamiento durante la atención del parto
- c) Posición del parto
- d) Uso de abrigo/vestimenta
- e) Alimentación
- f) Información
- g) Entrega de placenta

Todos estos elementos deben ser tenidos en cuenta en la implementación en la adecuación del espacio de atención de parto y su cumpliendo en este documento Guía orienta mediante estándares e indicadores de protocolo de atención (Ministerio de Salud Pública, 2008)

## **1.5. Programas del MSP encaminadas a la reducción de muerte materna.**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para la reducción de la muerte materna, desde la Dirección de Salud de la Mujer, de forma transversal, desarrolla acciones de promoción y prevención sobre la Salud Sexual y Reproductiva en contexto nacional, sin embargo a partir del 2008, cuenta con programas específicos que permitirá lograr la reducción de la muerte materna, según se detalla a continuación.

### **1.5.1. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (PRAMM), septiembre del 2008**

Este Plan es construido sobre la base de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994). Identifica como cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos: “reducir la muerte materna en un 30%, plantea la necesidad de aumentar los servicios de

salud a las mujeres, para coberturas de atención de parto y posparto, debido a las evidencias epidemiológicas de salud y muerte materna.

### **Objetivo general**

Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatal en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables

### **Objetivos Específicos**

1. Posicionar el Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal (MMN) en la agenda pública nacional provincial
2. Actualizar e implementar el Subsistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de la muerte materna y elaborar e implementar el Subsistema Neonatal.
3. Incrementar el acceso informado a métodos de anticoncepción de intervalo y pos evento obstétrico, especialmente en provincias y cantones con mayores necesidades insatisfechas, y en adolescentes.
4. Organizar las Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) en coherencia con el nuevo modelo de atención
5. Realizar actividades de educación-comunicación con enfoque intercultural sobre derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres. (MSP, 2008)

Entonces este Plan, contempla para la reducción de la muerte materna estrategias “desde el acceso informado a métodos anticonceptivos, para evitar el embarazo en adolescentes, organización de redes intra e interinstitucionales incluyendo el sistema tradicional de salud, con énfasis en la aplicación de las normas de atención, la vigilancia epidemiológica, la mejora continua de la calidad, y los mecanismos de estímulo a la demanda con enfoque de derechos, equidad e interculturalidad además de coordinación interinstitucional e intersectorial” a ser implementados en los diferentes niveles de atención de salud nacional, provincial, cantonal y parroquial.

Según este Plan describe las características de la muerte materna como el “fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”. Además, señala que la muerte materna tiene consecuencias

sociales y económicas: i) Reduce la supervivencia de los/as recién nacidos/as; ii) Disminuye el desempeño escolar de niños y niñas sobrevivientes y huérfana/os; iii) Representa una pérdida de los ingresos familiares y de la productividad económica.

Además en este Plan se explicitan las causas de muerte materna, reportadas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna del MSP 2006; a) hemorragia con 38% de casos, b) hipertensión y eclampsia con un 26% y c) la sepsis con el 21% de casos<sup>18</sup>

Las actividades impulsadas por este programa han sido:

- Diagnóstico de factores que se relacionan con la muerte materna, el aborto y el embarazo no deseado a través del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna.
- Creación de los comités de Vigilancia de la Muerte Materna y generación de actividades intersectoriales, que incluye al Registro Civil y participación ciudadana (MSP, 2008).

### **1.5.2. Norma CONE**

El 18 de julio del 2013, el MSP en la página web, en su espacio Tiempo de lectura, da a conocer la aprobación de la norma. Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), cuyo objetivo destaca: “Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y posparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional”<sup>19</sup>.

La norma proyecta, la participación comunitaria con actores de la medicina ancestral, en interacción con el personal de salud, del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud, con el fin de reconocer los riesgos y brindar solución oportuna y de calidad a los problemas que ocasionan muerte materna y neonatal<sup>20</sup>, Contempla, además el sistema de referencia y contra referencia de la red intersectorial CONE, con los diversos niveles de atención, incluidos los agentes comunitarios además de establecer mecanismos de estímulo y satisfacción de la demanda, adecuación cultural y geográfico a los servicios de la red de CONE, con activa participación de las mujeres, familias, organizaciones

---

<sup>18</sup> MSP, Sistema de VeIMM, 2007

<sup>19</sup> Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud 2013. Pág. 22.

<sup>20</sup> <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>, consultado por Georgina De La Cruz el 24/01/2015

sociales y comunitarias, con énfasis en aquellas provincias con alta mortalidad materna y neonatal domiciliaria y con bajas coberturas de atención institucional del parto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MSP, 2013).

De las dos estrategias anotadas, tanto en sus objetivos como en las estrategias que promueven a nivel MSP, valoriza la participación de los actores comunitarios, pero no forma parte, el fortalecimiento de los conocimientos, saberes y prácticas del sistema de medicina ancestral y particularmente el ejercicio de las parteras como aporte a la reducción de la muerte materna, a pesar de no registrar datos del lugar del fallecimiento, pero sí un 69% de partos en domicilio según nacidos vivos de julio de 1999 a junio del 2004<sup>21</sup>.

Hecho que llama a la reflexión, sobre el cumplimiento del mandato constitucional sustentado en los artículos 363, numeral 4. Sobre fortalecer la Medicina Ancestral.

A continuación se presentan los lineamientos teóricos y metodológicos que orientan esta investigación.

---

<sup>21</sup> Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil –ENDEMAIN, Abril 2006, pág. 40

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO

#### 2.1. Marco Teórico

Ecuador en el contexto internacional, es país miembro de las Naciones Unidas, Organismo de representación mundial que a través de sus agencias realiza la cooperación internacional, cada una de ellas destinadas según la temática. Así en el ámbito de la salud corresponde la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel de las Américas la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a nivel Regional con programas de cooperación directamente relacionado en Salud Sexual y Reproductiva está la Agencia Fondo de Población UNFPA.

Las Naciones Unidas adoptan sus políticas mediante Asambleas mundiales con sus países miembros de los que respalda los convenios, tratados y declaraciones, que son llevados a cabo con sus agencias de cooperación en cada uno de los países miembros. Entre ellas tenemos como directriz los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) hasta el 2015 y actualmente, en proceso, el planteamiento ODM post 2015, que incluye la reducción de la muerte materna.

Ecuador, como país miembro para su cumplimiento promueve políticas nacionales a través del Ministerio de Salud Pública que ejecuta acciones de salud materna, salud sexual y reproductiva etc.

“La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), define la Cooperación Internacional (CI), como la acción conjunta para apoyar el desarrollo económico y social del país, mediante la transferencia de tecnologías, conocimientos, experiencias o recursos por parte de países con igual o mayor nivel de desarrollo, organismos multilaterales, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil”.<sup>22</sup> Es decir, podemos describir la “Cooperación Internacional como una herramienta de colaboración que apoya procesos de desarrollo mediante la transferencia de recursos técnicos y financieros entre diversos actores del sistema internacional estos pueden ser a

---

<sup>22</sup> Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia, Cooperación conceptos. <https://www.apccolombia.gov.co/?idcategoria=114#&panel1-1>

través de (gobiernos, inter territoriales, organizaciones de la sociedad civil, ONG's)" (Universidad del Rosario, 2011).

Estas cooperaciones pueden ser con fondos reembolsables, no reembolsables, de carácter financiero, técnico con transferencia de conocimientos como la cooperación sur-sur, existe también la cooperación triangular donde intervienen 3 países u organismos involucrados 2 países subdesarrollados y como financiero un país desarrollado.

Es así que los ODM, su orientación se basa en tasas de resultados situacionales, en el que a nivel regional en poblaciones culturalmente diferentes, existen datos desfavorables pero con mayor acentuación en población indígena como el caso en Bolivia, que a pesar de no existir datos de muerte materna por condición étnica, "toman la decisión de medir la cobertura de la atención del parto por personal calificado. Como una aproximación a la situación de salud de las madres de acuerdo a los registros administrativos, la cobertura del parto institucional alcanzaba a 55,3% en 2003 y la Encuesta Nacional de Salud (ENDSA) del mismo año reportaba que 60,8% de los partos eran atendidos por personal calificado (médico o enfermera). Y en el caso de mujeres no indígenas, los partos atendidos por personal calificado alcanzan a 82,7%, en tanto que la atención de partos a mujeres indígenas es de 51,8%" (Sistema de las Naciones Unidas, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, Organización Internacional del Trabajo, 2007).

Y en el caso Ecuador según datos del ENDEMAIN 2006, el porcentaje de partos por tipo de asistencia y por condición étnica 1999-2004, en población indígena los partos con asistencia profesional alcanzaba un 30.1% y sin asistencia profesional reportó el 68%. En tanto que en población mestiza la atención con asistencia profesional fue de 79.6% y sin asistencia profesional el 18.3% (Sistema de Naciones Unidas del Ecuador, 2006).

Partiendo de esta constatación, la investigación se centrará en los pueblos de la nacionalidad kichwa del Ecuador, los mismos se encuentran ubicados a nivel de las provincias de la región sierra, conformados por 18 pueblos (Pastos, Karankis, Natabuelas, Otavalos, Kayambis, Kitukaras, Panzaleos, Chibuleos, Kisapinchas, Tomabelas, Salasakas, Guarankas, Puruhaes, Cañaris, Saraguros y Paltas) diferenciados por sus costumbres y tradiciones e identificados como de la nacionalidad kichwa por su idioma.

De ahí que las Nacionalidades, están constituidas por Pueblos Indígenas que tienen un mismo origen, una historia común, idiomas propios, regidos por propias leyes, costumbres, creencias y formas de organización social, económica y política en los territorios. Por tanto, definen a un grupo de personas, cuya existencia como grupo es anterior a la constitución del Estado Ecuatoriano. Los miembros de este grupo comparten un conjunto de características culturales propias y particulares, que les diferencia del resto de la sociedad. De estas características, la más importante en la definición de un grupo étnico como nacionalidad es el tener una lengua propia.

Como Pueblos se definen porque permite reconocer que al interior de una nacionalidad hay grupos étnicos que se diferencian entre sí, por el sentido de pertenencia local, porque comparten una historia común, una propia forma de vivir su cultura. Es una colectividad cohesionada por un conjunto de factores: ocupan un territorio definido, hablan una lengua común, comparte una cultura, una historia y aspiraciones comunes; factores que lo diferencian de otros pueblos y que han hecho posible que desarrollen instituciones sociales particulares y formas de organización relativamente autónomas. Es aquel que, además de presentar los rasgos antes indicados, es originario de la región o territorio que habita y ha quedado incluido en la institucionalidad de la sociedad dominante por el proceso de colonización que ocupa su medio original (Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador CONAIE, 2001)

De ahí que el concepto de Nacionalidades y Pueblos ha ido tomando su posicionamiento en ámbitos internacionales a través de tratados y convenios internacionales como el Convenio 169 de la OIT que reconoce los Derechos Colectivos de los Pueblos Indígenas en todo su contextos y para el caso que nos ocupa en el ámbito de la salud y particularmente en la salud sexual y reproductiva, que traza como meta la reducción de la muerte Materna.

El Programa Fortaleciendo el Derecho a la Salud, UNFPA, revela en sus resultados estadísticos, que la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva a nivel global es la muerte materna, más de 1.500 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto (UNFPA México, 2012).

En tanto que el Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Mejorar la salud materna, tiene como meta reducir tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, por lo que es necesario, para lograr este objetivo, garantizar el acceso universal a servicios de planificación familiar, atención calificada del parto, cuidados de emergencia obstétrica y servicios para prevenir y tratar infecciones de transmisión sexual, además, de identificarla como una de las poblaciones con mayores riesgos de mortalidad en la población indígena a nivel de la región.

Por su parte la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) describe al parto en contexto de los pueblos indígenas señalando “Que aunque esos eventos están significativamente organizados en todas las culturas, los modos difieren entre distintos grupos étnicos, y en el mismo grupo en diferentes periodos de la historia el propósito de darle un significado a los eventos del embarazo y del parto en la mente de las mujeres embarazadas, sus familias y comunidades. Sin duda, hay una gran distancia entre las ideas populares o indígenas del desarrollo fetal y las formas de entenderlo en la medicina científica moderna” (CEPAL, 2010).

“Las percepciones culturales de los síndromes de complicaciones del embarazo y el parto están impregnadas de la cosmovisión indígena y de su manera de entender la salud y la enfermedad, el comportamiento reproductivo, por las expectativas y las normas culturales explícitas o tácitas de reproducción y de continuidad de la etnia y está relacionado directamente con el prestigio femenino” (CEPAL, 2010).

El marco conceptual refleja el origen de las diferentes cosmovisiones sobre salud y particularmente sobre salud sexual y reproductiva que en la mayoría de los casos se confrontan con la concepción de la medicina convencional que desencadena en la implementación de programas discriminatorios, inaccesibles, un rechazo al servicio de medicina convencional.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta que para empezar a comprender la dimensión cultural más relevante de los pueblos indígenas, *es esencial conocer su cosmovisión*, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica dos conceptos importantes que se relacionan con la salud (Luis Cordero Muñoz, 2010).



1. De equilibrio, es decir el respeto de los humanos hacia la naturaleza o los seres superiores. Cuando este equilibrio se rompe, el ser humano sufre condiciones negativas como la enfermedad o la muerte.
2. La dualidad y complementariedad, a partir del cual se desprenden los roles de género, lo que a su vez determina la autonomía de la mujer y genera situaciones de crisis que se expresan en maltrato y violencia hacia la mujer dentro del hogar

Y según el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública, la muerte materna es el “fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”

A nivel nacional el Ministerio de Salud Pública Órgano rector de la salud, como estrategia para lograr la disminución promueve el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (2008) con enfoque derechos humanos, reproductivos, de género e interculturalidad y mediante programas de:

- El acceso a anticoncepción y planificación familiar
- Atención calificada de todos los partos
- Acceso a cuidados obstétricos de emergencia

Sin embargo, según la CEPAL (2010), identifica al Ecuador con 38.6% de mujeres embarazadas indígenas que no acuden al control prenatal en los servicios de salud, siendo uno de los más elevados índices a nivel regional y en atención de parto institucional es de un 30.3% en tanto que el parto en casa es de un 69.1%, y la Tasa de Muerte Materna (TMM)<sup>23</sup> en Ecuador en el 2008 fue de 140 y en el 2010 fue de 110 y Ecuador redujo la mortalidad materna en un 44%, con 77 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, según el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (El Comercio, 2014).

## **2.2. Teoría de la Cooperación Internacional**

En el marco de los objetivos de esta investigación es preciso abordar el concepto de cooperación internacional según las teorías de las relaciones internacionales: el idealista y el realista, los diversos esquemas, las posturas de los diversos autores, sus enfoques y la

---

<sup>23</sup> Es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales). La TMM para el año especificado incluye las muertes durante el embarazo, el parto, o dentro de 42 días de interrupción del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo

descripción histórica de las relaciones internacionales en el Ecuador en términos de cooperación en salud con diversos organismos.

En la **teoría idealista** se plantea la importancia de una relación internacional con cooperación internacional como derecho y de los organismos internacionales su desempeño moral basado en derechos humanos, que resulta complejo separar los intereses globales de conducir hacia el desarrollo (González, 2003).

La **teoría realista** es ser menos optimistas sobre la cooperación internacional de fondo moral, porque visibiliza los intereses de seguridad nacional, reduce elementos del poder del uno sobre el otro a través de estrategias de potencialidades sobre puestas como la fuerza militar en una operación de guerra, donde el poder relativo en función de recursos y manejo en políticas internacional y nacional superpone, sin opción a contradecir los países considerados como receptores cuando se habla en términos de cooperación internacional<sup>24</sup>. (González, 2003).

Otra de las teorías identificadas es la **globalista**, que aplican políticas mundiales adoptadas por los países miembros de la ONU, su accionar tiene combinación de las teorías (idealista, realista, institucionalista) (González, 2003).

### 2.3. Concepto de cooperación internacional

En la definición de cooperación internacional, diversos autores expresan que no se puede hacer una conceptualización única por ser amplia y compleja, en muchas ocasiones, utilizan términos diferentes para referirse a un mismo asunto. Cito a continuación algunas definiciones que realizan los autores:

- La Cooperación Internacional para el Desarrollo es el conjunto de acciones que realizan gobiernos y sus organismos administrativos, así como entidades de la sociedad civil de un determinado país o conjunto de países, orientadas a mejorar las condiciones de vida e impulsar los procesos de desarrollo en países en situación de vulnerabilidad social, económica o política y que, además, no tienen suficiente capacidad para mejorar su situación por sí solos (Ayllón, 2013).
- Además, entiende la cooperación como un sistema en el cual los actores (estatales

---

<sup>24</sup> Teorías de la cooperación internacional dentro de las relaciones internacionales. Claudia G. Jiménez Gonzales. 2003. Pág. 116, 117

y no estatales) interactúan de tal forma que acomodan sus propias legislaciones, políticas y demás características a aquellas de otros actores, a fin de alcanzar una coordinación de políticas que facilite el logro de los objetivos planteados (Keohane, 1984).

- Por otra parte la cooperación se refiere a un mecanismo en el cual intervienen el Estado, la sociedad civil, los empresarios y demás actores no estatales; en este sentido, se producen "proyectos y acuerdos selectivos, puntuales y realizables de tipo económico y comercial particularmente y con un trasfondo político, entre dos o más partes entre sí, y eventualmente entre aquellos países y otras contrapartes próximas" (Puertas, 1994, pág. 54).
- También, "el término cooperación internacional refiere al conjunto de acciones que derivan de los flujos de intercambio, que se producen entre sociedades nacionales diferenciadas en la búsqueda de beneficios compartidos en los ámbitos del desarrollo económico y el bienestar social, o bien, que se desprenden de las actividades que realizan tanto los organismos internacionales que integra el Sistema de las Naciones Unidas como aquellos de carácter regional, intergubernamentales o no gubernamentales, en cumplimiento de intereses internacionales particularmente definidos. La cooperación internacional así descrita se entiende como la movilización de recursos financieros, humanos, técnicos y tecnológicos para promover el desarrollo internacional" (Méndez Lugo, 2011).

A partir de estas definiciones en esta investigación se destaca que la Cooperación Internacional, es una de las ramas de las relaciones internacionales cuya denominación se identifica con los países "desarrollados", en el esfuerzo de lograr el desarrollo en los países "subdesarrollados". Su conceptualización dirigida tradicionalmente por los gobernantes como estado parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), replicada, además, por entidades privadas de forma directa a las sociedades o grupos, condiciona sus políticas internacionales como países de economía dominante, en muchos casos, visibilizados como acción solidaria, humanitaria y en otras direccionadas al desarrollo con la cooperación tecnológica y hacia un servicio de privatización. Aquellas políticas internacionales que se pueden identificar como tipos de cooperación internacional son las siguientes.

1. Ayuda financiera. Subvenciones o créditos concesionales para actividades de desarrollo

2. Ayuda técnica. Transferencia de conocimiento técnico a país receptor (Asesores, Cooperante y equipos)
3. Ayuda alimentaria. Aportación de productos alimentarios a países necesitados, fin de potenciar su abastecimiento y garantizar su seguridad alimentaria.
4. Ayuda Humanitaria. En situaciones de emergencia causadas por catástrofes naturales, conflictos internos o internacionales (hambrunas, epidemias, etc.) más restablecimiento de la paz. Destinada la cooperación a los países con problemas sociales nacionales que pueden repercutir con afectación a nivel regional y mundial con efectos migratorios y en salud la expansión de epidemias que cruza fronteras.

Según Sally O'Neill (2010) no hay una sola "Cooperación Internacional" y hay diferencias significativas entre la cooperación multilateral, bilateral y solidaria. Y existen nuevas formas de cooperación:

- Cooperación Sur- Sur:
- Fondos verticales; Fondo global VIH/SIDA
- Fondos canastas (Fondo Común, Fondo ACI)
- Fundaciones privadas: Gates, Clinton, Soros
- Fundaciones de los "celebridades"

Con los países del Sur; cada uno de ellos con sus propios mandatos, objetivos, normas, procedimientos de gestión, seguimiento, evaluación y en dependencia de cada una de ellas sus propias ofertas (CIPEI, 2010).

En Ecuador la cooperación técnica tiene una mayor presencia a partir de los años 90, con programas y proyectos destinados a favorecer a los pueblos indígenas, canalizados a través de ONGs regionales, nacionales y locales. Además, estas iniciativas están dirigidas en su ejecución por cooperantes del país donante. En este contexto, se da una proliferación del auge de la creación de las ONGs en Ecuador para canalizar fondos y trabajar a favor de Pueblos Indígenas en diversas temáticas con enfoques paternalistas del donante orientados a cumplir las exigencias de política internacional de la OCDE, como país miembro y

oferente bajo la modalidad de cooperación Norte- Sur.

Estas concepciones se alejan de la realidad nacional ecuatoriana que está conformada por pueblos y nacionalidades indígenas con diversas cosmovisiones culturales, entre ellas, la existencia de un saber práctico y de conocimiento ancestral sobre el ejercicio de la partería.

Según declaraciones de la Organización Indígena de representación nacional CONAIE y de representación regional a nivel de los pueblos de la nacionalidad kichwa ECUARUNARI, las cooperaciones que mayor apoyo han realizado a nivel organizativo desde los años 1990 han sido OXFAN América, Ayuda Popular Noruega, IBIS Dinamarca y Entre Pueblos (CONAIE, 2014).

En tanto que los recursos de la cooperación a favor de los pueblos y nacionalidades, en su historia han sido canalizados para programas y proyectos de salud, educación y recursos naturales, a través de Organismos no Gubernamentales (ONGs), como ejecutores y sujetos al cumplimiento de las políticas del organismo cooperante.

Situación que, en el tema que nos ocupa, la cooperación en Ecuador en salud materna ha sido canalizada por organismos de la ONU y ONGs internacionales de países donantes bajo la modalidad de cooperación Norte – Sur, que destina fondos de Ayuda Oficial del Desarrollo (AOD) orientados al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM 1990 -2015.

En la práctica es posible identificar que la cooperación internacional, es un instrumento que permite incursionar en políticas internas de los países, y enfatiza en la necesidad de cambio y transformación social, de acuerdo al sistema de relaciones en que los países centrales conforman un orden mundial adecuado a sus intereses con instituciones internacionales, controladas por los países donantes dirigidas a conservar las formas de dominación internacional, además de políticas globalizantes, con su potencialidad científica y tecnológica (Espinosa, 1996).

Corroborar también que en términos de cooperación, según el Instituto Ecuatoriano de Cooperación Internacional INECI del Ministerio de Relaciones Exteriores en el 2005, registró el ingreso de 231 millones de dólares por concepto de cooperación no reembolsable, suman 364 millones de dólares como aportes reembolsables, con el

indicativo que, debe el país dejar de ser sujeto de ayuda internacional una vez que logre mejorar el indicador del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita. En contexto social, según Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en su informe del 2011, Ecuador está situado como un país de Alto Desarrollo, según el Índice de Desarrollo Humano de la ONU. El PIB per cápita por poder adquisitivo de Ecuador es de 7.589, ubicándose en el puesto 83 de 187 países, datos según los técnicos del PNUD, está calculado de acuerdo a la esperanza de vida al nacer, años promedio de escolaridad, ingreso familiar disponible o consumo per cápita. También establece el impacto de las políticas económicas sobre la calidad de vida de la población en general. Dato que según “el viceministro de Inclusión Económica y Social, Pabel Muñoz, manifestó que en gran medida se debe a la aplicación de políticas de Estado directamente relacionadas con la atención a la población en situaciones de vulnerabilidad; entre ellos niños, jóvenes, ancianos y personas con capacidades especiales”<sup>25</sup>.

#### **2.4. Proyectos sociales vs desarrollo tecnológico de la salud: embarazo y muerte materna, del impacto social a la práctica local.**

El ámbito de la salud, parte de la rama social relacionado con los derechos humanos, también se ha visto abocado al desarrollo tecnológico que ha implicado la adopción de nuevas destrezas con desvalorización de culturas locales en cuanto a los conocimientos y prácticas en relación a la salud. Estas nuevas destrezas contemplan la opción por las nuevas tecnologías en este caso del parto por cesárea, en planificación familiar por Dispositivos Intrauterinos (DIU), además de limitar el espacio para promover responsabilidades individuales de la mujer embarazada y de la familia, a un mayor cuidado sobre la salud, valorización de recursos locales (alimentación de productos orgánicos entre otros).

Los pueblos indígenas de la nacionalidad kichwa, mantienen vigente la relación directa con el cuidado medio ambiental, tierra, recursos naturales y sus formas de organización colectiva comunitaria de ayllu – familia. De ahí que la acción del parto, para estos pueblos indígenas considera una concepción natural y fisiológica de la mujer, ligada a tradiciones culturales y mitológicas que un determinado pueblo tiene sobre la vida y su

---

<sup>25</sup> Diario El Telégrafo, 4 de noviembre del 2011, Ecuador es, según Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, un país con alto desarrollo. [www.telegrafo.com.ec/ediciones.../251-04-de-noviembre-de-2011.html](http://www.telegrafo.com.ec/ediciones.../251-04-de-noviembre-de-2011.html)

continuidad, relacionada con su entorno natural y el uso de las plantas. Desde estas concepciones la llegada del nuevo ser es una responsabilidad colectiva de su crecimiento y conducta con sus semejantes.

En el contexto institucional los servicios de salud emplean herramientas e instrumentos de innovación tecnológica, para la atención de salud de la mujer y en el caso de parto por ejemplo la colocación de la mujer en posición de litotomía.<sup>26</sup> Esta técnica se implementa para el parto a nivel mundial, incorporada en currícula de formación de pregrado de los profesionales de la salud, acompañada de políticas, normativas y protocolos distantes a las costumbres y tradiciones de los pueblos indígenas, como la posición de parto vertical, no baño en agua fría antes y después del parto, alimentación con productos calientes. etc., todas las pautas ancestrales que en el servicio de salud no han sido consideradas.

## **2.5. Concepciones de salud para la cooperación internacional y en la medicina ancestral su relación con el Buen Vivir (naciones y pueblos indígenas)**

La concepción de la salud para la cooperación internacional, parte de la necesidad de fomentar el desarrollo, en los países con menor índice de Desarrollo Humano (IDH), que los categoriza según los datos en el siguiente cuadro.

**CUADRO N. 01**

<b>ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO Y COMPONENTES, 2010 Y 2013</b>				
Grupo o (años)	Índice de desarrollo humano		Esperanza de vida al nacer	
	2010	2013	2010	2013
IDH muy alto	0,885	0,890	79,7	80,2
IDH alto	0,723	0,735	73,9	74,5
IDH medio	0,601	0,614	67,1	67,9
IDH bajo	0,479	0,493	58,2	59,4

**Fuente:** Informe sobre Desarrollo Humano. NNUU.2013

<sup>26</sup> Mujer acostada con las piernas en L a 90 grados, muchas veces atadas colgando de las llamadas perneras: <http://obstetricia2013.blogspot.com/>. 16 de febrero del 2013.

El fomento de Desarrollo que realizan los países con un IDH Alto al 2013 de 0,890 está alineado a la política de desarrollo que tiene como países de la OCDE, y que son Clasificados como países de Renta Muy Alta, Alto, Medio IDH 0,601 y Bajo 0,479 (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, 2014).

En tanto que, los países ubicados en el puesto de renta baja y de renta media, en términos de cooperación son receptores y son sujetos a la política del país donante a ser superados según los objetivos del Desarrollo del Milenio y en el caso del presente estudio, lograr la meta de reducir la muerte materna a tres cuartas partes trazado en el objetivos 5. Salud de la Mujer.

En términos de Desarrollo, Ecuador ocupa el puesto 98 de 187 países, con un IDH de 0,711 al 2013 y una esperanza de vida al nacer de 76,5 al 2013<sup>27</sup>.

En este contexto, la concepción de la salud, que manejan los países donantes en el marco de la cooperación, técnico o financiero está basado en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señala que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>28</sup>.

Para los pueblos indígenas, su percepción de salud no es idéntica para todas las culturas, tiene que ver con la cosmovisión de cada pueblo sobre el bienestar individual (emocional, psíquico), colectivo (social, organizativo, político, económico, territorial, demográfico). En definitiva lo que equivaldría a bienestar para los pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, de manera general “la salud se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los componentes inseparables de lo individual y colectivo”<sup>29</sup> (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2008).

En el caso de Ecuador, en la Constitución del 2008, reconoce la medicina ancestral y en el art. 360, numeral 4 declara fortalecer la Medicina Ancestral como un conocimiento, saber y práctica milenaria de los pueblos originarios o nacionalidades indígenas, con sus recursos de sanación (plantas, minerales y animales) más su relación con la espiritualidad en el proceso de sanación y recuperación del equilibrio para su bienestar o Sumak Kaway<sup>30</sup>. Y en el PNBV 2013-2017 cita que el “El Buen vivir se planifica, no se improvisa. El Buen Vivir es la forma de vida que permite la felicidad y la permanencia de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad. No es buscar

---

<sup>27</sup> Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, Informe de Desarrollo Humano 2014, Pág. 52 y 234. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2014-human-development-report/>

<sup>28</sup> Concepto adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York 19/07/1996, vigente desde 7 abril de 1948

<sup>29</sup> OPS. La salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Ecuador. Pág. 16.

<sup>30</sup> Constitución de la República del Ecuador 2008, Art. 14, pág. 19



la opulencia ni el crecimiento económico infinito” (SENPLADES, 2013).

En cuanto a la atención de parto en la medicina ancestral, es asistida por una partera, talento humano local con el rol de partería que en la nacionalidad kichwa, manifiesta su denominación es de “wachachi mama”<sup>31</sup> o “Pakarichik Mama”<sup>32</sup>. Cuya destreza, habilidad, conocimiento saber y práctica está ligada a la cosmovisión cultural de un determinado pueblo o nacionalidad como una práctica milenaria vigente<sup>33</sup>.

A partir de estas concepciones confrontadas sobre el parto y sus prácticas planteo un análisis crítico de la influencia de la cooperación internacional en la disminución de la muerte materna en los pueblos kichwa.

## **2.6. Marco Metodológico**

El presente trabajo a nivel metodológico, se ha llevado a cabo a partir de la utilización del método de análisis descriptivo cualitativo. Las estrategias metodológicas utilizadas son el análisis de fuentes primarias y secundarias y las entrevistas semi-estructuradas.

a) Las fuentes primarias y secundarias como las diversas fuentes bibliográficas internacionales y nacionales, aportaron a los marcos conceptuales sobre Muerte Materna y su relación con la Cooperación Internacional, además de datos estadísticos que facilitó el análisis cualitativo de la investigación correlacionando con indicadores de embarazo, parto y posparto.

b) Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron a nivel de las 9 provincias de la sierra ecuatoriana (donde están ubicados los pueblos de la nacionalidad kichwa), y estuvieron dirigidas a informantes claves como las instituciones de cooperación y al Ministerio de Salud Pública. Como muestreo sea ha considerado a una persona de cada grupo de informante clave identificado, salvo en caso de las instituciones de cooperación.

1. Se realizaron 5 guiones de entrevistas semiestructuradas dirigidas a:

a) Parteras

b) Mujeres, que tuvo parto con apoyo de partera en casa

---

<sup>31</sup> Su rol es similar con las obstetricias, únicamente apoyan en el parto

<sup>32</sup> Interviene en el proceso de embarazo, parto, posparto y atención a recién nacido, tiene un rol más complementario

<sup>33</sup> Enrique Kachiguango, Funcionario de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, entrevista 23-01-2015

- c) Líderes, lideresa y usuarias de la nacionalidad kichwa
- d) A los esposos padres de familia por región
- e) Al personal de salud intercultural del MSP, que están en la sierra
- f) Y a las instituciones de cooperación que desarrollan sus proyectos vinculados a la temática de estudio.

En total se ha aplicado 44 cuestionarios, según se indica en las tabulaciones de los

**CUADRO N. 2: Número de entrevistas realizadas**

<b>DEMONINACIÓN</b>	<b>PROVINCIAS</b>	<b>CANTIDAD</b>
Parteras	9	11
Usuarios, líderes y lideresas	9	13
Parejas de las madres	7	7
Institución de salud intercultural	9	9
Instituciones de cooperación internacional	Pichincha-Quito	4
<b>Total entrevistas</b>		<b>44</b>

**Fuente:** Encuestas aplicadas en campo. Georgina De La Cruz. 2014

Estas entrevistas, a las Instituciones únicamente se aplicaron a las que habían realizado cooperación a favor de la nacionalidad kichwa en la temática que son 4. Sumando así un total de 44 encuestas aplicadas.

De acuerdo a sugerencia y contacto con la Dirección de Salud Intercultural (señor Enrique Cachiguango, coordinador de la Unidad de Medicina Ancestral), octubre 2014, facilita la nómina nacional, para contacto de las 11 parteras a ser entrevistadas, una en cada provincia, excepto en Imbabura están 3 parteras, una por pueblo. Las Parteras entrevistadas tienen la Legitimación Comunitaria sobre el ejercicio que realizan.

La preguntas formulas fueron 18, sin embargo para efectos de sistematización cualitativa, han sido agrupadas.

En síntesis, el proceso metodológico aplicado en esta investigación tuvo como base los siguientes ejes:

- Recopilación de fuentes bibliográficas, primarias y secundarias sobre políticas del tema en estudio y política de cooperación en pueblos indígenas para la reducción de la muerte materna.
- Revisión de la descripción de los aportes conceptuales de embarazo, parto y postparto según los pueblos y nacionalidades, cooperaciones internacionales, instituciones académicas.
- Compilación de fuentes de información bibliográfica sobre actividades emprendidas que encaminen a la reducción de muerte materna, desarrolladas por organismos de cooperación, por ONGs, instituciones educativas o de manera directa por los pueblos y nacionalidades.
- Comparación de datos estadísticos existentes sobre muertes maternas.
- Se utilizó también la tecnología (internet) para la aplicación de la encuesta, en algunos casos.
- Se incluye “testimonios de las parteras”, mapa de los pueblos y nacionalidades indígena que aporte al lector a la comprensión de su ubicación en el territorio nacional

La información cualitativa recogida se ha sistematizado en cuadros de relación de entrevistados y entrevistadas teniendo en cuenta las variables consideradas en las entrevistas en pos de cumplir con los objetivos planteados en esta investigación. Los guiones de entrevista y los cuadros de sistematización de los resultados del trabajo de campo se adjuntan en el apéndice metodológico como Anexo I.

## **CAPÍTULO III**

### **3. RED DE SERVICIOS DEL SECTOR SALUD ECUATORIANO**

En el presente capítulo se caracteriza la estructura funcional del órgano rector en la salud, y se consignan datos sobre muerte materna, las políticas y programas, los apoyos institucionales en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Toda esta información facilitará el análisis del apoyo de la cooperación internacional en las instituciones del Estado como en las comunidades y su influencia en la disminución de muertes maternas en pueblos indígenas de la nacionalidad kichwa.

#### **3.1. Salud en el servicio público y privado**

Para analizar la influencia de la cooperación en la reducción de muerte materna, se hará referencia únicamente al servicio de Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador, planteado de acuerdo a la Ley Orgánica de Salud, a la nueva estructura orgánica funcional del MSP 2013 y al Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque comunitario e intercultural (MAIS-FCI) por niveles de atención, siendo estas:

Nivel I. Los establecimientos de Tipo A, B y C

Nivel II. Hospitales de referencia ubicados en las capitales de los Distritos y zonas

Nivel III. Hospitales de especialidad con niveles de alta complejidad, ubicado en las grandes ciudades del país, tales como el Eugenio Espejo y la Maternidad Isidro Ayora en Quito, hospital Luis Vernaza en Guayaquil y Virgen de la Luz en Cuenca.

La resolución de atención al parto corresponde al Primer nivel en los establecimientos de salud tipo C, que además realizan actividades en base a dos principios básicos i) el desarrollo humano como elementos de equidad, género, sexualidad, participación social e integridad biopsicosocial; y ii) la responsabilidad social que tiene que ver con la ética, autodeterminación, respeto y ambiente humano. Además en estos establecimientos ofrecen atención prenatal, del recién nacido, de la niñez y adolescencia, regulación de la fecundidad, atención de la infertilidad, el climaterio y tratamiento de patologías prevalentes en la esfera reproductiva.

Los Establecimientos de Salud (EESS), están ubicados en las cabeceras cantonales y distritales y en tanto que los tipo A y B, resuelven demanda de baja complejidad en estado ambulatorio, promueve educación para la salud y evita la congestión en hospitales de mayor complejidad, y por tanto toda referencia es canalizada desde el nivel primario, en su contexto cumplen estrategias de reducción de muerte materna de acuerdo a la Normativa CONE y al Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna, Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva (MSP, 1999).

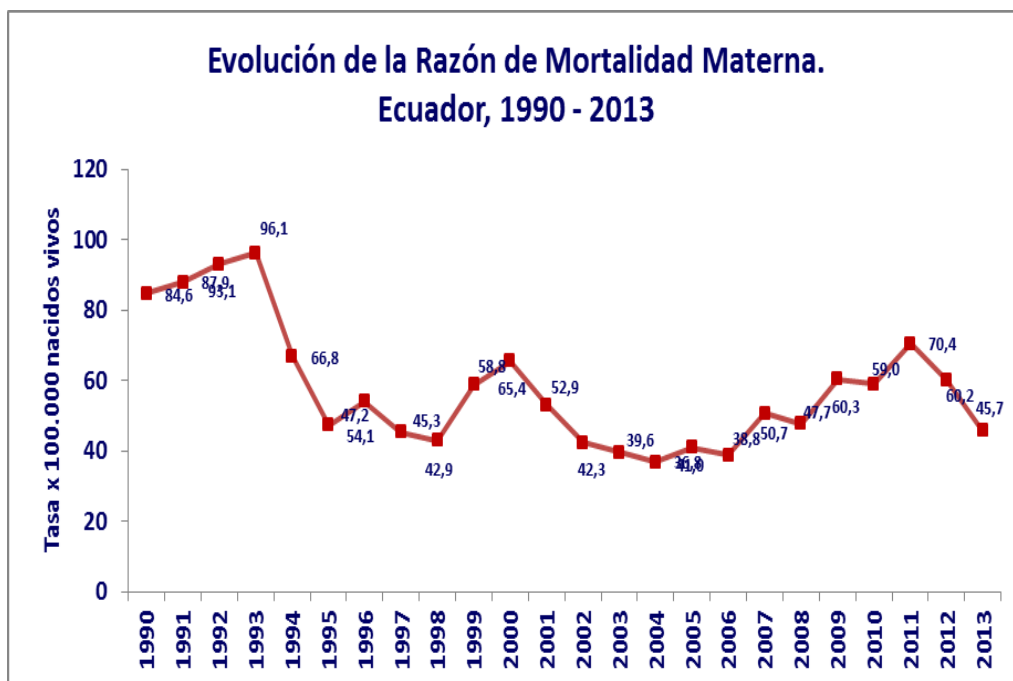
Las políticas citadas, no incluye la referencia desde el EESS al servicio de medicina ancestral en este caso, al servicio de las parteras en el primer nivel, sino únicamente a nivel de los determinantes sociales de forma general y no de forma particular con la pertinencia étnica, lo que omite el cumplimiento del MAIS –FCI.

Por otra parte según el estudio realizado por CEPAR (2006), sobre la decisión de mujeres indígenas para dar a luz en casa antes que en un establecimiento de salud, están relacionadas con hábitos culturales ancestrales (48%), un 37% ha manifestado por factores relacionados a la costumbre y un 11% por tener más seguridad y confianza en su hogar y un 52% no va a la unidad de salud por factores económicos y otro tipo de barreras. Además de que la mayoría de partos domiciliarios son atendidos por parteras (47%) o familiares (43%) y un importante 7,3% de mujeres que se atendieron solas en el momento del parto. Estudio que no registra datos del número de muertes maternas en atención del parto (Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social -CEPAR, 2006).

En tanto que los servicios del nivel privado, forman parte de la Red de Servicios del sistema nacional de salud que pueden ser referidos desde el establecimiento de salud del nivel público y su cancelación por el servicio será de acuerdo a la herramienta del tarifario consecuente con el servicio brindado (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Finalmente podemos ver a continuación, la estadística del Sistema Nacional de Salud en relación a la Muerte materna, elaborada en Septiembre del 2014 (SNPPS-MM, Septiembre-2014) sobre datos del 2013.

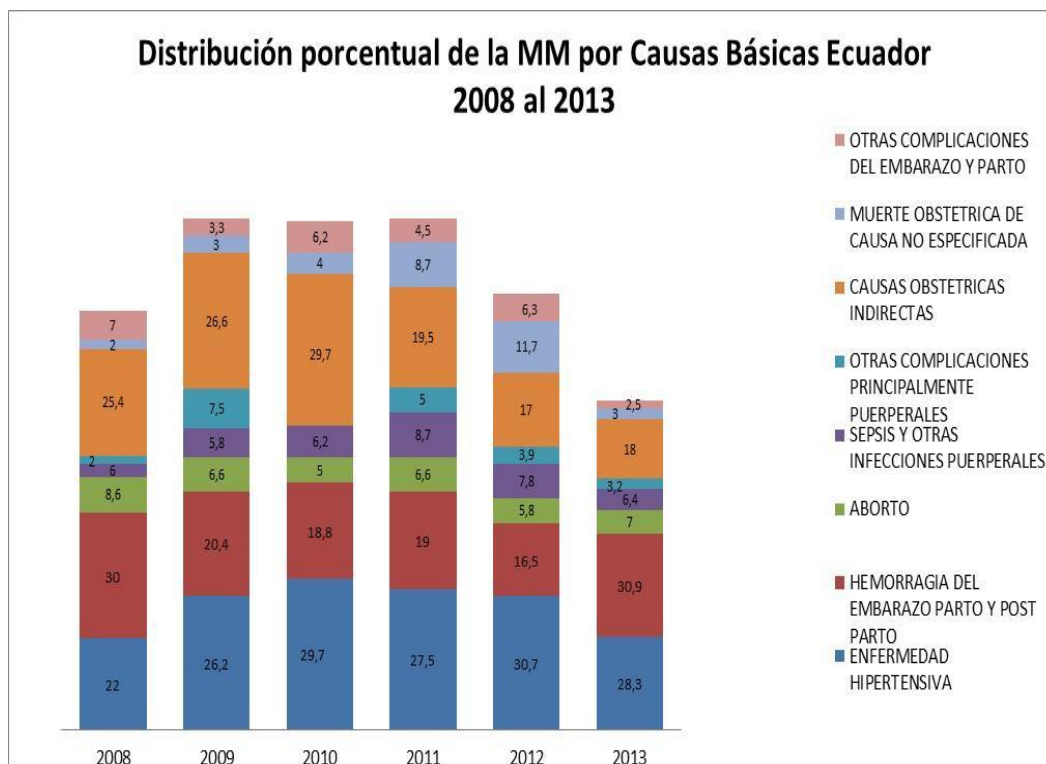
GRÁFICO N. 2



En el gráfico, se visualiza que en los años 1992-1993, la MM tuvo la tasa más alta, de 96,1 x100.000 nacidos vivos, en tanto que en los años 94-1998, ha tenido la tendencia a la baja hasta un 42,9, del año 1999 hasta 2010, se puede notar que se ha mantenido intermitente, desde 58,8 a 59,0, en tanto que en el 2011 sube la tasa de mortalidad materna a 70,4. Defunciones debido a causas directas según el CIE-10, 64% y causas indirectas un 22,41% y causas no especificadas 9,3%. Aduciendo que tiene su relación con la incidencia de un 26% de embarazo en adolescentes. (El Diario, Manabita de Libre pensamiento, 2011).

Mientras que del 2012 al 2013 tiene la tendencia a la baja con un 45,7. Pero que sin embargo queda por lograr la meta propuesta en el Plan Nacional del Buen Vivir a 29,0% hasta el 2017.

**GRÁFICO N. 3: Análisis de Causalidad de Muerte Materna. Ecuador 2008-2013**



Este cuadro registra una de las causas predominantes de la muerte materna, las complicaciones puerperales desde el 2008 hasta el 2013, con mayor índice de un 29,7 de MM en el 2010. La segunda causa de MM se ha dada por Causas obstétrica indirectas, en el 2010 con 29.7, seguido por hemorragias del embarazo parto y post parto. Si bien no ilustra datos con diferenciación étnica sobre la MM, al hacer referencia a toda la población ecuatoriana, incluye a la madre kichwa, que se ven sujetas a complicaciones puerperales y a causas obstétricas, relacionadas a la distancia para el traslado a una unidad operativa o a su vez a situaciones de pobreza, entre otros.

Según este cuadro, del estudio realizado en el 2014, tres provincias acumulan más del 50% de MM a nivel nacional. Sin embargo, de acuerdo a nuestro estudio, la población kichwa está ubicada en la Provincia de Pichincha que asciende 11.8%, en tanto que en las otras 2 provincias no existe población kichwa.

### CUADRO N. 3

1. Número de muertes maternas y porcentaje acumulado. SE 1 a 35. Ecuador 2014

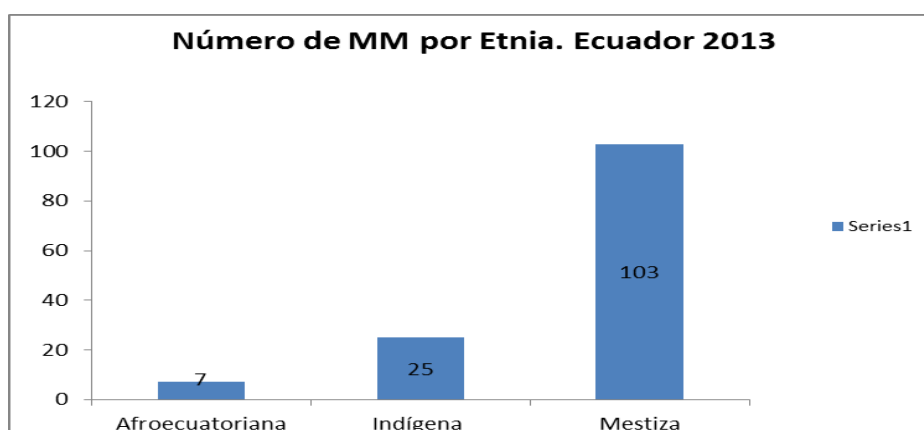
Provincia	MM preliminar a la SE 36	TOTAL acumulado SE 1-36	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Guayas	1*	31	33,3	33,3
Pichincha	0	11	11,8	45,2
Manabí	0	10	10,8	55,9
Loja	0	5	5,4	61,3
El Oro	0	5	5,4	66,7
Tungurahua	0	4	4,3	71,0
Chimborazo	0	4	4,3	75,3
Napo	0	3	3,2	78,5
Bolívar	0	3	3,2	81,7
Cotopaxi	0	2	2,2	83,9
Santa Elena	0	2	2,2	86,0
Cañar	0	2	2,2	88,2
Morona	0	2	2,2	90,3
Esmeraldas	0	2	2,2	92,5
Imbabura	0	2	2,2	94,6
Santo Domingo	1	1	1,1	95,7
Los Ríos	0	1	1,1	96,8
Orellana	0	1	1,1	97,8
Azuay	0	1	1,1	98,9
Carchi	0	1	1,1	100,0
Pastaza	0	0	0,0	
Sucumbíos	0	0	0,0	
Galápagos	0	0	0,0	
Zamora	0	0	0,0	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>93</b>	<b>100,0</b>	

3 provincias acumulan más del 50% de los casos

\* MM de la SE 34

Fuente: Matriz de Notificación semanal DNVE

### GRÁFICO N. 4



Fuente: SVMM- MSP

Según los datos por desagregación étnica reportados en el 2013, es notorio, que



tienen mayor afectación de MM la población mestiza del país, registradas un 41%, en tanto que la población indígena como usuaria de este servicio es de 23%<sup>34</sup>. Podemos interpretar que uno de los factores que está relacionado con estos datos es la crisis de autoidentificación étnica existente en la población indígena, debido a temas de acceso a las unidades operativas y la vigencia de un sistema discriminatorio por parte de los y las profesionales de la salud, además de una crisis de identidad sobre todo en los jóvenes el no autoidentificar con sus raíces originarias, del que para corroborar tenemos que a diferencia del censo del 2001 que fue de 6.8% de población indígena en el censo del 2010 es de 7.1%.

### **3.2. Tipos de atención en parto: tradicional/ancestral.**

Es importante anotar que para los pueblos indígenas, el parto es un proceso de vida de la mujer y un pueblo. Momento que permite el ejercicio de los conocimientos, saberes y prácticas de los hombres y mujeres de sabiduría ancestral, en este caso las parteras ancestrales en la atención del parto, para lo que anotaré la referencia de los pueblos kayambi y kitukara de la nacionalidad kichwa del Ecuador ubicados en la Provincia Pichincha, en el que describen los roles que realizan las parteras.

1. Líder de la comunidad
2. Consejera de la pareja y la vida familiar
3. Conocedora de cómo va el embarazo y cómo vendrá el parto
4. Persona que respeta y mantiene las costumbres propias de la comunidad
5. Garantiza la salud reproductiva de la mujer promoviendo el desarrollo individual, familiar y comunitario
6. Conocedora del manejo de las plantas medicinales
7. Cura enfermedades etno culturales
8. Brinda educación en el cuidado de embarazo
9. Coordina con la unidad operativa (unos casos)
10. Brinda confianza y respeto<sup>35</sup>

Y la atención del mismo proceso de parto realizada por una partera consiste en:

1. Elevar oraciones a la pachamama, cerros, vertientes, cascadas para su conexión mágica y mítica con los seres sagrados ayuden a la labor del parto y el nacimiento del nuevo ser.
2. Calienta el cuerpo de la parturienta para relajar sus músculos y pueda dar a luz sin complicaciones

---

<sup>34</sup> ENDEMAIN, Abril del 2006, Gráfico 9.3, pág. 40

<sup>35</sup> Definición por parteras comunitarias de pueblo kayambi y kitukara (Nono y Sangolqui, 2007), organizado por el Subproceso de Salud Intercultural de Pichincha.

3. Crea un ambiente agradable y abrigado, utiliza el fogón, cobijas y humea levemente el ambiente con sahumero, le somete a la parturienta al calentamiento de su cuerpo, da también aguas de plantas calientes y que permitan relajar los músculos
4. En problemas emocionales da aguas de hierbas que permiten el equilibrio emocional
5. Alimenta a la paciente para que pueda tener fuerza y energía durante el parto (huevo tibio con pimienta)
6. Da masajes suaves en la cadera y pone hojas de plantas calientes que permitan sacar el frío
7. Limpia si hay presencia de elementos negativos de origen etnocultural (mal viento) y armoniza la energía del cuerpo de la parturienta
8. Para aflojar y preparar las paredes del canal del parto realiza vaporizaciones con agua de plantas calientes

#### Atención en el proceso de parto ancestral realizado por la partera

1. Indica a la madre que orine y desocupe el estómago
2. Facilita agua de manzanilla para aseo de genitales
3. La madre adopta la posición más cómoda para dar a luz (de rodillas, parada, cuclillas o semi sentada)
4. Solicita el acompañamiento de la pareja o familiar más cercano
5. A la par, se prepara para atender al bebé y a la madre
6. Realiza el corte del cordón umbilical de 3 a 4 dedos de distancia hacen el corte
7. Espera la salida de la placenta, revisa si está completo y previo a un ritual de purificación es enterrada cerca a la fogata en la cocina de la casa si es mujer y si es hombre en la chacra.
8. Y en la atención al recién nacido la partera también realiza prácticas de ritualidad como: cosido de la boca.

(Subproceso de Salud Intercultural de Pichincha, Ministeriod de Salud Pública, 2009)

A continuación estas prácticas son descritas mediante el testimonio de una partera sobre la atención de parto que realiza en uno de los pueblos de la nacionalidad kichwa del Ecuador.

“Para atender el parto, nosotras tendemos en el suelo cositas calientitas de lana y el cuero del borrego para que la mujer se arrodille y de a luz, el marido ayuda acogiéndole de la cintura, para que no vaya a perder la fuerza. Hago preparar agüita tibia para lavarme las manos, se pide mantequilla o sebo de res, se friega bien la barriga para componer por última vez al wawa, se coge la cabecita para ponerle en el puesto, entonces enseguida siguen los dolores y breve nace el wawa. Para atender el parto se hierven las pinzas y las tijeras para coger y cortar el cordón. Siempre es bueno abrigar a la Mamá para facilitar el parto, para esto amarramos la cabeza con un trapito y con una chalina cobijamos la espalda y después ponemos una cobijita encima; así sudando es bueno como estar

trabajando, el sudor da la fuerza. “EL SAUMEADO” se hace cuando no puede dar a luz, esto pasa cuando está pasada de frío, vemos que la barriguita está llena de aire y le duele mucho el estómago. Al momento del parto saumeamos con paja del páramo más palo santo, laurel, saumerio y una ramita de romero todo esto ponemos en una vasija chiquita y quemamos, se hace pasar a la mujer embarazada por arriba de esta vasija el humo caliente enseguida a la mujer y le saca el frío”<sup>36</sup>. (Ayuda en Acción, 2010).

Con el testimonio descrito, es importante anotar que a nivel local en Cayambe, existen acciones emprendidas con las parteras para la reducción de la muerte materna y que son apoyadas por ONGs que canalizan fondos de cooperación como la Fundación Ayuda en Acción y la Casa Campesina, actividades que se reflejan en la producción de varios documentos educomunicacionales que permiten socializar el ejercicio de las parteras y la exposición sobre sus conocimientos, saberes y prácticas en la atención del parto.

La Cooperación Internacional que ha recibido el pueblo Kayambi de la nacionalidad kichwa, ubicada en las áreas rurales del cantón Cayambe, ha sido desde los años 90 de Ayuda en Acción con el modelo de cooperación en sus inicios, exclusivamente de desarrollo. Por solicitud de Centro de Capacitación Agrícola y Campesina CAAP, llegan a Cayambe, tomando en cuenta que fue una población dedicada a la actividad agrícola y ganadera, con predominio de tierras de hacienda y las comunidades como sus empleados. Motivándoles por ello a generar emprendimientos hacia el procesamiento de leche – queserías, como economía local con créditos y a su auto-organización para la demanda de derechos a las instituciones del Estado

Hace 14 años de acuerdo a la demanda de la población, promueve como objetivo mejorar la salud de la población diversificando la producción tales como acuicultura, cultivo de hongos, cría de caracoles que, a su vez, genera una red local de atención primaria de salud con acciones de saneamiento ambiental y mejorar la nutrición infantil, donde forman parte de la red las parteras en calidad de delegadas de las comunidades. Y que por su rol inciden para que se dinamicen las acciones en favor de la salud con el conocimiento de las Parteras, mediante talleres de capacitación, encuentros, producción de materiales y coordinación con la maternidad de la casa Campesina y en las comunidades, además de la coordinación en el Hospital del cantón y la incidencia para la implementación de una sala de preparación para las embarazadas con información sobre el parto vertical, sumado así la opción de las mujeres a un parto en libre posición y a la vez a la reducción de la muerte materna. Los fondos provenientes para esta Fundación son de apadrinamiento

---

<sup>36</sup> Testimonio de partera, pueblo kayambi. 2010

de los niños y donación de personas sensibles a la temática<sup>37</sup>.

Por otra parte, cuentan con la cooperación de la Fundación Casa Campesina de la Comunidad Salesiana, que trabajan con créditos en las comunidades y dan servicio de atención de maternidad a nivel privado y con consideración social en unos casos.

### **3.3. Oferta de servicio de parto en libre posición o centros inclusivos**

El servicio de parto en libre posición corresponde a un espacio de atención de parto en las Unidades Operativas que fue implementado desde el 2008, con adecuaciones culturales locales y sustentados en la Norma de atención de parto culturalmente adecuado del MSP., que permiten a la usuaria optar por una libre posición (vertical, sentada o en cuclillas) para tener su bebé y son atendidos por los profesionales de la salud, brindando un ambiente cálido y amigable de confianza para la madre, muchas veces son acompañadas de las parteras o por sus parejas y estos espacios están adecuados de acuerdo a las costumbres de los pueblos y nacionalidades en sus territorios.

De acuerdo a la demanda de los pueblos y nacionalidades sobre el acceso a un servicio de salud con pertinencia cultural, asigna para su viabilización con la creación de la Institucionalidad de Salud Intercultural en 1999, quienes con la coordinación interinstitucional inicia un propuesta de adecuación cultural del Espacio de parto en el “Hospital San Luis de Otavalo”, provincia de Imbabura en el año 2007, que emprende a la vez “la relación con 13 parteras ancestrales del cantón mediante su incorporación al servicio de atención de parto, con el objetivo de la reducción de las muertes maternas y disminución de las brechas de acceso para las mujeres indígenas en los servicios de salud”<sup>38</sup>.

Por una parte, una vez incorporadas las parteras al hospital, su labor en cuanto al rol que realizaban en la comunidad tuvo su alteración, debido a que los profesionales de la salud únicamente les permitían ser traductora o de acompañantes a las parturientas. Por otra parte, a pesar de su ingreso en el 2007, como voluntarias, fueron bonificadas con 150 dólares mensuales por el gobierno cantonal desde el 2009 hasta el 2012, en el 2013 el

---

<sup>37</sup>

[http://www.ayudaenaccion.org/contenidos/documentos/25%20aniversario/11111\\_291220061234.pdf](http://www.ayudaenaccion.org/contenidos/documentos/25%20aniversario/11111_291220061234.pdf)

<sup>38</sup> Informe de situación de parteras de Otavalo, elaborado por la Dra. Myriam Conejo, Directora Nacional de Salud Intercultural, 31 de Octubre del 2012

alcalde como gobierno cantonal retiró la bonificación para las parteras, causa fundamental para que demanden al MSP un reconocimiento por sus servicios mediante una política pública de articulación entre la medicina ancestral y convencional del MSP, sin respuesta favorable hasta el 2014.

Con esta experiencia piloto de Otavalo y de acuerdo a demandas de su implementación en otras provincias, la adecuación cultural de los servicios de parto a nivel de hospitales con el apoyo de UNFPA para equipamiento hasta el 2013 contó con 58 hospitales a nivel país y 25 en la región andina. Esta implementación es conjunto con el proceso de sensibilización al personal profesional sobre la interculturalidad, la atención en libre posición del parto además de una capacitación a parteras para el reconocimiento de señales de peligro para la referencia a la unidad operativa.

A continuación, el testimonio expresado sobre la situación del servicio de salud en la oferta de parto en libre posición a nivel del Ministerio de Salud.

Hospital, Raúl Maldonado Mejía del cantón Cayambe de la provincia de Pichincha.

“En el 2013 se implementó el servicio de atención de parto en libre posición, iniciando por adecuar la sala de profilaxis para embarazadas, luego la detonación de los colores de las salas de parto y parto con colores vivos identificadas por las embarazadas de las comunidades indígenas. Para la misma atención de parto, en la misma sala están los insumos y los equipos para que la usuaria pueda optar por el tipo de parto que quiere tener, sea en libre posición o en litotomía, cambio que ha generado mayor accesibilidad y confianza para las mujeres del cantón incluido las indígenas de las comunidades”<sup>39</sup>.

Hospital San Luis de Otavalo de la provincia de Imbabura.

“La oferta de servicio de atención fue implementado desde el 2007, con la denominación de servicio de atención en parto vertical, atención que realizaron 13 parteras de las comunidades, sin embargo por falta de normativas y calidad de la política pública, ya salieron, hoy están ofertando este servicio los mismos profesionales como un espacio de oferta en libre posición del parto para las usuarias, sin embargo ha bajado el número de usuarias, por no estar las parteras en la Unidad de Salud”<sup>40</sup>.

En este contexto a nivel del MSP, la Dirección Nacional de Salud Intercultural, realiza su seguimiento del servicio de atención de parto en libre posición, mediante la verificación de los siguientes indicadores:

---

<sup>39</sup> Responsable de la coordinación de Promoción de la Salud en el Distrito Cayambe, zona 2 del Ministerio de Salud Pública, 25/02/2015

<sup>40</sup> MSP, Salud Intercultural del Distrito Otavalo. 12/01/2015

1. Insumos, mobiliarios y equipamiento para la atención del parto
2. Personal capacitado en la atención del parto con pertinencia cultural
3. Controles prenatales con plan de parto
4. Partos atendidos con acompañamiento de la partera, familiar o pareja
5. Partos atendidos sin prácticas de rasura, enema, episiotomía y tacto vaginal
6. Partos atendidos en libre posición a elección de parturienta
7. Satisfacción de la usuaria

Podemos a continuación identificar las Unidades Operativas donde se encuentran la adecuación de salas de parto con pertinencia intercultural

**CUADRO N. 4: Número de unidades operativas por provincia, cantón y pueblo, que tienen la adecuación cultural del servicio de parto**

PROVINCIA	CANTON	NÚMERO	PUEBLO USUARIO
Carchi	0	0	Pastos
Imbabura	Cotacachi, Otavalo, Ibarra	3	Karankis , Otavalos y Kayambis
Pichincha	Cayambe, Tabacundo, Quito-Carapungo, San José de Minas, Centro de Salud 1	5	Kayambis, Kitukaras, Mestizos y migrantes indígenas de todos los pueblos.
Cotopaxi	Saquisilí, Salcedo, Pujilí	3	Panzaleo
Tugurahua	0	0	Kisapinchas, Chibuleos, Salasakas, Tomabelas
Chimborazo	Colta, Guamote, Alausi y Riobamba	4	Puruha
Cañar	Cañar, Molleturo	2	Cañaris
Azuay	Cuenca	3	Cañaris
Loja	Saraguro, San Lucas	2	Saraguros

Guaranda	Guaranda, Facundo Vela, Chillanes	3	Warankas
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>	

**Fuente:** Dirección Nacional de Salud Intercultural del MSP, informe 2013.

Según el informe de la Dirección de Salud Intercultural, tienen 58 Unidades Operativas con adecuación cultural de parto a nivel nacional, 25 ubicadas en las provincias de la sierra, no cuentan con este servicio en Tungurahua y Carchi, donde están ubicados 4 pueblos de la nacionalidad kichwa (Salasaka, Quisapincha, Tomabela, Chibuleos), pero que sin embargo, notifica la responsable de salud intercultural en la provincia que están en procesos de sensibilización y concertación con los actores locales para su posible implementación<sup>41</sup>.

Cabe destacar que el proceso de incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud, demanda pasos previos de negociación, respeto y aceptación a las diversas cosmovisiones, valoración de conocimientos ancestrales y prácticas de atención de parto, seguido de actividades de capacitación a los profesionales de la salud en el marco de la sensibilización de enfoque intercultural, visita a espacios de parto con adecuación cultural en otras provincias desde el 2007 al 2014.

En un principio, juega un papel importante la Federación Indígena de Imbabura FICI, a través de su área de salud Jambi Huasi en 1998, con su gestión logran la cooperación internacional del UNPFA, para la adecuación de servicio de salud de atención de parto vertical atendida por una partera de forma privada organizativa en la ciudad de Otavalo, para el efecto logran también la coordinación con el Hospital San Luis de Otavalo para casos de emergencia. La cercanía de la cooperación del UNPFA en el Jambi Huasi y su relación con la autoridad local en el 2007, inician con la adecuación cultural del espacio de parto en el hospital y se incorporan 13 parteras para realizar los turnos, que permanecieron hasta el 2012, que se retiraron a falta de políticas públicas en su rol en el Hospital. En este periodo UNPFA a solicitud de la Dirección de Salud Intercultural extiende su apoyo a otras provincias con mayor población indígena como Chimborazo y otras en la Amazonía.

<sup>41</sup> Informe técnico de Salud Intercultural de Tungurahua, Dra. Marcia Masaquiza. Octubre del 2012.

Pendiente aún la implementación en las demás unidades operativas de aproximadamente 350 establecimiento de tipo “C”, con atención de parto ubicados a nivel de la región sierra del Ecuador, según la matriz de planificación territorial a nivel nacional<sup>42</sup> y el cumplimiento de las normativas de enfoque intercultural vigente como la articulación de la medicina ancestral y convencional. En este caso con el ejercicio de las parteras, que actualmente no existe su reconocimiento como tal, sino más bien a la desvaloración de sus capacidades, convirtiéndolas en acompañantes y/o asistentes en unos casos. Y que su “vinculación puede provocar rupturas con la cosmovisión propia de sus comunidades, con riesgo de que sean asimiladas por el sistema biomédico convencional, pérdida de sus conocimientos y a la vez desvalorización de la comunidad por considerarlas como adiestradas por la medicina convencional solo para referir a los establecimientos de salud, además de que su incorporación a la Unidad operativa dejaría sin atención en la comunidad”<sup>43</sup>.

### **3.4. Inversión de la cooperación internacional en la reducción de la muerte materna con enfoque intercultural.**

De acuerdo al ODM, objetivo 5, los países de América Latina y el Caribe se comprometieron a reducir a tres cuartas partes la mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015. De ahí que las Agencias de Cooperación han impulsado la adopción de modelos interculturales de salud reproductiva para mujeres y en particular para las mujeres indígenas.

#### **3.4.1. Implicaciones de la muerte materna para el desarrollo**

El derecho a la salud en los pueblos indígenas tiene relación con otros derechos: a la tierra, el territorio y los recursos naturales; a la identidad cultural; a la participación política, a la aplicación de los conocimientos ancestrales y a la autonomía para lograr un desarrollo colectivo.

En tanto que las normativas y protocolos que permiten la operatividad de las acciones no tiene la inclusión del enfoque intercultural que permite un desarrollo armónico

---

<sup>42</sup> Establecimientos de tipo C, son aquellas que están ubicados en las cabeceras cantonales hoy reconocidas como Distritos, tienen capacidad resolutoria de atención de parto.

<sup>43</sup> Informe de Situación de parteras, elaborado por la Dra. Myriam Conejo, Directora Nacional de Salud Intercultural, 31-10-2012



de todos los pueblos de forma inclusiva, como el de fortalecer los conocimientos de los sabios y sabias de la medicina ancestral.

En este marco la mortalidad materna es identificada como un tema de derechos humanos que afecta los factores económicos, sociales y culturales, además de estar íntimamente ligada al derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de hijos a tener<sup>44</sup>.

A nivel de Cooperación, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), desde el 2008 en conjunto con los gobiernos, socios estratégicos y organizaciones indígenas, promueve la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, respetando la diversidad cultural y el desarrollo de servicios de salud materna que respondan a las necesidades, los valores y las prácticas culturales de las mujeres indígenas, detallando los siguientes apoyos en Ecuador desde el 2008-2011:

- a. Estudio y sistematización de modelos interculturales, existentes a nivel nacional y su relación con el modelo de atención para trabajadores de la salud.
- b. “Salud, Interculturalidad y Derechos: Claves para la Reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir”, en colaboración con el MSP.
- c. Diagnóstico, “Mujeres Indígenas: Derechos Sexuales y Reproductivos”, en colaboración con FCI.
- d. “Derechos de las Mujeres Indígenas y el Sistema Internacional”, en colaboración con la Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE) y FCI.
- e. “Mujer Indígena: Salud y Derecho, Diagnóstico Práctico”, en colaboración con la CONAIE.

#### Incidencia en políticas públicas

- Desarrollo de la normatividad y las guías nacionales para la atención del parto culturalmente adecuado por parte del MSP.
- Implementación del modelo de atención a la salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural en la provincia de Imbabura. En el Hospital San Luis de Otavalo se ha consolidado, con la participación de parteras indígenas, el modelo de

---

<sup>44</sup> CEPAL, 2006; citado en OIJ, 2009.

atención del parto culturalmente adecuado y la casa materna de espera anexa al hospital. Desde el año 2005, esta institución no ha reportado muertes maternas.

- Conformación de la Organización de Mujeres de los Pueblos y Nacionalidades Indígenas de Ecuador, que aglutina a diferentes organizaciones de mujeres diversas de Ecuador, con la participación directa de 500 lideresas indígenas.
- Elaboración de la primera agenda política y estratégica de la Organización de Mujeres de los Pueblos y Nacionalidades Indígenas de Ecuador; y presentación en la Asamblea Nacional, para la firma del acuerdo político con el grupo parlamentario por los derechos de las mujeres.
- Fortalecimiento del diálogo y la participación de las redes de mujeres indígenas con la red de servicios de salud en la provincia de Imbabura.

#### Fortalecimiento de capacidades institucionales y humanas

- Guía Técnica de Atención al Parto Culturalmente Adecuado (70 funcionarios/as).
- Interculturalidad y derechos de las usuarias de los servicios (70 miembros de los equipos de salud).
- Promoción y prácticas saludables en la atención del parto, incluyendo signos de peligro y otros temas (certificación a 90 parteras).

Los diversos apoyos de la cooperación internacional, en el contexto de salud sexual y reproductiva, sea esta a nivel institucional del estado o como organización de la sociedad civil con participación de actoras de los pueblos y nacionalidades, tornan un baluarte en el empoderamiento de los derechos de las mujeres, que inciden en la implementación de un servicio con enfoque intercultural como opción para que toda mujer opte dar a luz en libre posición, además de lograr mayores demandas mediante una agenda política en favor de las mujeres indígenas y que los profesionales tengan la apertura para ofertar el servicio además de coordinar con las parteras comunitarias para referencia de las embarazadas a la unidad operativa, como estrategia en la reducción de la muerte materna.

Sin embargo, es de destacar que las actividades desarrolladas con la cooperación no están orientadas a fortalecer el rol de las parteras, sino en personas que deben identificar a las embarazadas y hacer referencia a la unidad operativa de salud. No reporta la cooperación en actividades que valore los conocimientos de las parteras y trasmitan a las nuevas generaciones, además de los factores que limita el desarrollo de actividades con

enfoque intercultural en la salud, es los cambios constantes de las autoridades de la Dirección de Salud Intercultural del ministerio de Salud Pública y la misma falta de voluntad política del Estado.

### **3.5. Adecuación cultural de los espacios de parto en los servicios de salud**

Consiste en adecuar un espacio destinado a servicio de parto en los establecimientos de salud, identificados en aquellos donde hay alta población indígena, con el propósito de brindar a la mujer embarazada la libre decisión de optar por la posición que desee tener a su bebé. Esta adecuación ha demandando la adquisición de equipos acordes a las necesidades de los pueblos indígenas del lugar, insumos con características culturales y modificación de la infraestructura con un ambiente saludable.

Para esta adecuación, el MSP cuenta con la cooperación de UNFPA, previo a un diálogo intercultural entre los actores locales y la autoridad sanitaria del establecimiento de salud a adecuarse, en el marco del modelo de atención integral de salud con enfoque intercultural<sup>45</sup>.

### **3.6. Instituciones de cooperación con acciones encaminadas a la reducción de muerte materna en población kichwa.**

Únicamente se describirá a dos instituciones que la Dirección de Salud Intercultural informa, que trabajan en la reducción de muerte materna a nivel de la nacionalidad kichwa.

#### **a) Family Care International (FCI)**

Organismo que trabaja en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral, con enfoque de derechos, de género y de respeto a la diversidad cultural. Su objetivo es brindar a las mujeres y jóvenes acceso a la información y a los servicios necesarios para mejorar su salud sexual y reproductiva. Apoya en la constitución de "Comités de Usuarias", grupos que tienen el mandato de dar seguimiento a la calidad de los servicios de salud a nivel cantonal. Además impulsa en la región andina, un modelo de trabajo comunitario y participativo para adaptar culturalmente y humanizar los servicios de

---

<sup>45</sup>

Directora de Salud Intercultural del MSP 2011-2014, Myriam Conejo, Septiembre 2014

atención del parto, que permitirá garantizar la calidad del servicio. La metodología de trabajo para lograr cambios y mejorar la atención del parto, está recogida en el Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP). Otro eje de trabajo del FCI es en contrarrestar la violencia en las mujeres indígenas, mediante la producción de rota folio Camino al Buen Trato, una herramienta para el trabajo comunitario y la capacitación de promotores de buen trato en las comunidades indígenas. [www.familycareintl.org](http://www.familycareintl.org)

#### **b) La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)**

Creado en noviembre de 1988 como órgano de gestión de la política española de cooperación internacional para el desarrollo y tiene como objetivo el fomento, la gestión y la ejecución de las políticas públicas de cooperación internacional para el desarrollo, dirigidas a la lucha contra la pobreza y la consecución de un desarrollo humano sostenible en los países en desarrollo, que ha cofinanciado varios emprendimientos en el Ecuador (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 2011).

Que finalmente para la adecuación cultural de servicios de parto han aportado en unos casos mediante la cooperación triangular, asignando fondos desde AECID al FCI y luego a las organizaciones o al MSP.

### **3.7. Aporte de los conocimientos de las parteras en la reducción de la muerte materna en el país**

Según el estudio del rol de las parteras realizado por la Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2010, mediante la consultoría apoyada por UNFPA, identifican como aporte a la reducción de la muerte materna, señalando el que desempeñan las Parteras Tradicionales en diferentes ámbitos:

#### **a) Ámbito Comunitario**

- Atención del embarazo, parto, posparto, y del recién nacido acorde a las costumbres ancestrales
- Atención de otros problemas de salud (espanto, mal aire, limpias, etc.)
- Lideresas comunitarias (orientadoras espirituales de sus comunidades)
- Guardianas y reproductoras de la cultura, los saberes ancestrales y la memoria

colectiva de las comunidades

b) Roles del vínculo de las parteras con los Equipos de Atención Primaria

- Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad;
- Atención conjunta a mujeres embarazadas;
- Identificación oportuna de embarazadas con señales de peligro en el embarazo y en el parto para su referencia a unidades operativas;
- Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario de vigilancia epidemiológica;
- Coordinación de los planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos;
- Promoción y prevención (consejería) en Salud Sexual y Reproductiva SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;

De acuerdo al resumen del informe borrador de consultoría *Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud*, realizado en agosto del 2010 por el MSP, los actores y usuarias en sus propias comunidades identifican como ventajas del rol de las parteras los siguientes aspectos, que a la vez coincide con los resultados de las encuestas aplicada a las parteras y usuarias en el trabajo de campo de la presente investigación:

1. Las parteras pueden brindar cuidados y vigilancia permanente a las mujeres durante el embarazo y el posparto, así como también a los recién nacidos.
2. La partera puede brindar atención domiciliaria a cualquier hora, pero especialmente en las noches, cuando ocurren los partos con mayor frecuencia.
3. Las parteras pueden tener a la mano las plantas medicinales necesarias para la atención, pues muchas parteras tienen huertos en sus casas.
4. La gente de la comunidad se siente familiarizada con las parteras, dado que comparte su misma cultura, cosmovisión e idioma. Además existe un trato más personalizado y cercano, que promueve mayor confianza hacia la atención de la partera.
5. En la atención domiciliaria los familiares pueden estar presentes en todos los momentos del parto apoyando emocionalmente a la parturienta.
6. En la atención domiciliaria las parteras pueden realizar prácticas y rituales tradicionales (masajes, manteos, encaderamiento, baños con plantas medicinales, entierro de la placenta, etc.)
7. Se daría una recuperación más temprana de la parturienta por los cuidados oportunos de la partera y la familia (Reposo de treinta días).
8. Por una adecuada alimentación no se seca la leche. La partera aconseja buena alimentación específica para el puerperio.
9. El trabajo de las parteras en la comunidad puede fortalecer su liderazgo.

10. Se promovería la reproducción del rol de la partera. Transmisión y preservación de los conocimientos de la partería. (Las hijas acompañan el trabajo de sus madres)
11. Las parteras también podrían brindar su atención en otros aspectos como limpiezas del mal aire, espanto (Huasha shungo) y la curación de otras dolencias.
12. En un trabajo coordinado con los Equipos de Atención Primaria, las embarazadas identificadas con signos de alarma serían referidas oportunamente hacia unidades de salud del MSP.
13. Las parteras pueden liderar el diseño y ejecución de Planes de Emergencia-Evacuación obstétricos<sup>46</sup>.

Esta descripción del rol de las parteras, identificadas en el estudio como ventajas, permite corroborar con las respuestas emitidas en la entrevista de campo, por las parteras de Imbabura del Pueblo Otavalo, de Pichincha el Pueblo Kayambi, de Tungurahua pueblo Kisapincha y por la Dirigente de las Mujeres de la Nacionalidad Kichwa, periodo 2013-2015, pero que sin embargo expresan la preocupación de que se invisibilice la capacidad y el rol de las parteras en la reducción de la muerte materna, con la orientación exclusiva del MSP que solo realicen la identificación, referencia y acompañamiento de la parturienta al hospital. A la vez en varios testimonios expresadas por líderes y parteras también describen sus roles en el ejercicio de su partería, durante la entrevista de campo realizada en el presente estudio.

“Antes yo ejercía como partera, me buscaban bastante, pero cuando adquirí cargo en la dirigencia de la organización ya no pude cumplir con mi labor de partera, y después me nombraron dirigente en ECUARUNARI, pero me tocó venir a Quito, sin embargo cuando de repente voy a mi tierra y paso unos días me siguen buscando para que les acomode el embarazo, me gusta pero toca cumplir con el mandato del pueblo que es el cargo dirigenal” (Dirigente de la Mujer del Ecuatorunari Periodo 2013- 2015, enero 2015)

“Tengo 58 años, este oficio aprendí con la tía de mi papá, le acompañaba a atender los partos, me casé de 16 años y ya no pude acompañar, pero tengo 8 hijos, todos me he atendido en casa yo misma, solo con ayuda de mi esposo, y a los 25 años volví a seguir en atención de partos porque me buscaron, ahora me buscan no solo de la comunidad, sino de otros lados también, hasta de otras provincias vienen, algunos si me pagan unos 5 dólares o me dan algo, y cuando me llevan a las casas vienen con camioneta, ahora si consideran más ni labor, a mi cuenta ya he de atender unos 200 partos, porque en hospital también estuve 3 años”. (Partera del cantón Otavalo, del Pueblo Kayambi, Enero 2015)

“Cuando hacemos las limpiezas, dice la señora, y hora ¿cuánto nos va a cobrar? Digo nada, porque no es un quintal de papas, para que usted le pague. Usted me paga su voluntad, si tiene, sino Diosito me pagará”. (Partera de la comunidad de Pijal de la provincia de Imbabura, Noviembre del 2014)

“En la atención en los hospitales, existe una clara diferencia, cuando son indígenas, no dejan que se acompañe hasta la sala, solo de la entrada a las parteras nos hacen volver, la parturienta solita se

---

<sup>46</sup> Resumen del informe borrador consultoría: “definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud” agosto del 2010. MSP. Página 40-45

queda, más da miedo cómo tratarán..., son groseras en el hospital”. (Partera de Ambato, Pueblo Quisapincha, Diciembre del 2014)

“Antes el parto, mejor se atendía en casa, se preparaba hasta comida, todos participaban de la llegada del guagua, colaboraban, hacían mandados, una misma se dejaba aseando a la mamá y al guagua, aconsejando sobre la comida, por eso bonito levantaba la mamá después de dieta, podía trabajar duro, duro. Ahora los jóvenes solo a hospital van y con cesárea regresan y no trabajan también en campo”. (Lidereza del pueblo Tomabela, de la provincia de Tungurahua, Diciembre del 2014)

“El trabajo con las parteras en las comunidades, es difícil, porque las autoridades no nos comprenden, no facilitan la movilización y siempre piden que se les oriente que solo hagan referencia a la Unidad Operativa y no hagan atención, no valoran lo que ellas saben”, (Funcionaria de Salud Intercultural del MSP a nivel Distrital, entrevista Noviembre 2014).

“Yo cuando estaba trabajando en el hospital, atendía partos solita, si nos permitían, sobre todo llegan 2, 3 a dar a luz al mismo tiempo, pero no aparece los partos que he atendido Yo, porque solo apuntan cómo que los médicos han atendido, y nuestro trabajo ahí se pierde, por eso mejor pedimos que mejor nos paguen para ser de ahí adentro, pero ahora mejor nos retiramos por todo eso” (Partera que trabajó en el Hospital de Otavalo, desde el 2008 hasta el 2011. Entrevista enero 2015).

Como podemos notar en los relatos testimoniales se da un gran aporte de las parteras a la reducción de la muerte materna en las comunidades, sin embargo también testimonios que preocupan la incompreensión de parte de la institucionalidad del MSP, en la desvalorización de las capacidades de las parteras y absorbiendo con lineamientos que ubican en sólo emisoras para hacer referencia a las Unidades Operativas de Salud.

Además, no se ha logrado encontrar información oficial, sobre datos cuantitativos que se pueda demostrar el aporte de las parteras a nivel institucional ni comunitario, en función de que no cuentan con una instancia técnica que realice este rol y den cuenta de su aporte, que en ocasiones, son aplicados con el principio de solidaridad y responsabilidad de su conocimiento y, en otras ocasiones, reconocida mediante trueque por la misma usuaria o sus familiares (Salud Intercultural MSP, 2010).

## **CAPITULO IV**

### **4. ANÁLISIS SOBRE LA INFLUENCIA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN LA REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA EN LA NACIONALIDAD KICHWA DEL ECUADOR**

El presente análisis sobre la influencia de la cooperación internacional en la reducción de la muerte materna en la nacionalidad kichwa se realiza sobre la base de una amplia recolección de la información bibliográfica relacionada con los programas de salud sexual y reproductiva, particularmente en la reducción de muerte materna; con los planes, programas y proyectos a nivel institucional, políticas pública, intervención de las cooperaciones a nivel comunitario y las demandas de las organizaciones indígenas desde los pueblos y nacionalidades, que a propósito ilustramos mediante un mapa la ubicación territorial de la población kichwa del Ecuador. Además, se vincula con los resultados obtenidos en el trabajo de campo, donde se aplicó una encuesta semi estructurada a los siguientes informantes claves:

1. Parteras
2. usuarias, líderes y lideresas
3. Parejas de las madres
4. Institución de Salud Intercultural del MSP
5. Instituciones de Cooperación Internacional

Los resultados aluden a las siguientes temáticas: a) conocimiento de casos de muerte materna, causas, efectos; b) percepción de embarazo, parto y posparto en pueblos indígenas; c) incidencia de la cooperación internacional en reducción de muerte materna; d) roles de las parteras e instituciones de salud; d) experiencia de atención de las parteras en la comunidad como a nivel de servicios de salud; e) conocimiento de políticas públicas para reducción de muerte materna; f) opción de atención de las usuarias; g) acciones de estado en reducción de muerte materna; h) percepción del trato en la Unidad operativa a las diversidades étnicas e i) conocimiento de la demanda de las nacionalidades y pueblos del



Ecuador en materia de la reducción de la muerte materna.

#### 4.1. Mapa de las nacionalidades indígenas del Ecuador



Fuente: Consejo de Desarrollo de los Pueblos y Nacionalidades Indígenas del Ecuador CODENPE, en línea:

[http://www.codenpe.gob.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&catid=96](http://www.codenpe.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=125&catid=96)

En el mapa, podemos identificar que los pueblos de la nacionalidad kichwa, están ubicados en la zona Central del Ecuador, correspondiente a la región interandina conformada por 9 provincias.

#### 4.2. Resultados de la encuesta aplicada

La aplicación de las encuestas formuladas por ejes temáticos, para el análisis de resultado se ha realizado mediante las tabulaciones según se indica a continuación.

**CUADRO N. 5: Conocimiento de casos de muerte materna en sus comunidades**

DENOMINACIÓN	SI	NO
Parteras	11	
Usuarias, líderes y lideresas	9	4
Parejas de las madres	6	1
Institución Salud Intercultural	9	
Instituciones de cooperación Internacional	4	
<b>TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>5</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada en campo, Georgina De La Cruz. 2014

De las 44 personas ubicadas en las 9 provincias e identificadas como informantes claves, 39 personas manifiestan conocer casos de muertes ocurridos desde 1990 hasta 2014, en tanto 5 personas saben que no han tenido casos de muerte materna en sus comunidades. Lo que demuestra que el 88.6% de los y las informantes claves encuestadas tienen el conocimiento de casos de MM en las comunidades, indicador presente para la intervención con enfoque intercultural en la reducción de la muerte materna en las comunidades indígenas.

**CUADRO N. 6: Lugar en el que ha ocurrido la muerte materna**

DENOMINACIÓN	HOSPITAL	DOMICILIO	AMBOS (H y D)
Parteras	4	3	4

Usuarias, líderes y lideresas	9	4	
Parejas de las madres	4		3
Institución Salud Intercultural	4	1	4
Instituciones de cooperación Internacional	4		
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>11</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada en campo, Georgina De La Cruz. 2014

La respuesta fue personalizada de acuerdo al conocimiento que tenían los entrevistados, sobre lo ocurrido en sus comunidades. Por lo tanto, 25 personas manifiestan conocer casos de muerte materna en los Hospitales o Unidades Operativas, 11 conocen casos tanto en el hospital como en el domicilio y únicamente 8 personas indican que los casos se ha dado en sus propios domicilios, notando así que un total de 36 personas conocen de casos de muerte materna ocurrido en hospital, frente a 8 personas que dicen ocurre en el domicilio.

#### **CUADRO N. 7: Causas que atribuyen para la muerte materna**

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>Falta control embarazo, no sabe señales de peligro</b>	<b>Discriminación y maltrato y complicación en hospitales</b>	<b>En domicilio, no apoyo de familia, pareja y soledad</b>	<b>Mala calidad de atención, poco profesional, miedo a UO.</b>
Parteras	4	3	2	2
Usuarias, líderes/sas		5	1	7
Parejas de las madres	2	3		2
Institución Salud Intercultural	4	1	3	1
Instituciones de cooperación Internacional	4			
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>12</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada en campo, Georgina De La Cruz. 2014

Sobre las causas que ocasionan la muerte materna, 14 personas manifiestan que se debe a falta de control en el embarazo y al desconocimiento de las señales de peligro, en

tanto 12 personas manifiestas que las muertes ocurridas en el hospital se debe a la discriminación y maltrato de los profesionales, 12 personas dicen que es porque hay mala calidad de servicio y falta de profesionales, que desencadenan en temor y miedo de las usuarias, que prefieren no acudir a las Unidades Operativas, en tanto 6 personas que las muertes en domicilio tiene relación con la falta de apoyo de las parejas y familiares o están en lugares muy distantes y sin recursos

**CUADRO N. 8: Conocimiento de la incidencia de cooperación internacional en la reducción de muerte materna en población indígena**

DENOMINACIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
Parteras	7	4	
Usuarias Líderes y lideresas	9	4	Solo conocen a Visión Mundial, las 9 personas, piden respeten los conocimientos locales
Parejas de madres		7	
Salud Intercultural	6	3	Loja, Cañar y Cuenca no tienen cooperación
Instituciones de cooperación	4		
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	

Fuente: Encuesta aplicada en campo, Georgina De La Cruz. 2014

Sobre la incidencia de la Cooperación en la reducción de la muerte materna, 26 personas expresan que a nivel local apoya Visión Mundial con las charlas de salud sexual y reproductiva, mediante patrocinio de los niños y niñas de la comunidad. En tanto a nivel de la Dirección de Salud Intercultural conocen de apoyos de otras cooperaciones en contexto institucional, sin embargo 18 personas no conocen que se cuente con el apoyo de cooperación en la reducción de la muerte materna o en temas que tenga relación a salud sexual y reproductiva, además de las personas de las provincias de Loja, Azuay y Cañar que no tienen la cooperación.

En la aplicación de la encuesta sobre el eje de la incidencia de la Cooperación, se alimenta con testimonios que emiten las informantes claves (parteras, usuarias, lideres, lideresas, parejas de madres e instituciones), de acuerdo a la situación real y sucesos, en relación a la muerte materna y al conocimiento sobre las instituciones de cooperación

internacional, como los diferentes roles que juegan al ser parte de la comunidad o parte de las instituciones que trabajan en la temática, con clara distinción identitaria como nacionalidad kichwa del Ecuador y 18 pueblos que la conforman.

“La Cooperación ha jugado un papel importante en el apoyo que nos está dando con equipos para atención de parto, pero que no vengan a decir como ellos quieren, sino que nos escuchen lo que nosotros sabemos, las parteras saben muchas cosas y nos han salvado vidas, por eso no queremos que nos impongan, sino que nos respeten”. (Dirigente de la mujer del Ecuarunari. Enero del 2015)

“La cooperación es un gran apoyo, se requiere que exista este apoyo también en las provincias del sur, puesto que también hay casos de muertes materna, falta recursos para hacer trabajo comunitario de educación con las mujeres y las parteras, desde el Estado no nos apoyan para este fin” (Lideresa del Pueblo Cañari, de la provincia de Azuay, Noviembre del 2014).

“Yo por mis guaguas he participado en las charlas de Visión Mundial, siempre con la comuna convocan y toca ir, ahí dan de planificación familiar, pero no de muerte materna, no conozco quien ayudará para eso, los del subcentro si andan en comuna, pero solo cuando hacen campaña de vacunación, no hablan de muerte materna y peor no se ha sabido que institución de afuera ayudará sobre estos temas”. (Usuaría de la comunidad Kisapincha, provincia de Tungurahua, Enero del 2015).

“Aquí en Cayambe si tenemos ayuda de institución Casa Campesina y Care Internacional, desde antes nos ayudan para reuniones entre nosotras las parteras, coordinamos con hospital, siempre estamos en comunicación ante alguna emergencia, pero lo más mandamos a las parturientas al hospital, ellas nos piden que acompañemos y si nos dejan acompañar en el hospital”. (Partera, parroquia Ayora, provincia de pichincha. Diciembre del 2014).

A continuación, se describe las respuestas de los informantes claves según los subtemas planteados, en la propuesta de plan de tesina y agrupados según las siguientes preguntas:

#### **4.2.1. Conocimiento de causas y lugar de muerte materna**

Esta pregunta fue aplicada a todos los informantes claves identificados por grupos; Parteras, líderes, lideresas, usuarios, profesionales de la Dirección de Salud Intercultural, parejas de las usuarias e instituciones de cooperación, obteniendo el siguiente resultado.

La coincidencia generalizada sobre el “**lugar**” de muerte materna en sus comunidades, coinciden también con las instituciones en la identificación que ha ocurrido en las Unidades Operativas u Hospitales en su mayoría, seguido por casos ocurridos en los domicilios y el hospital y como en menor proporción de casos de muertes ocurridos en los domicilios.

Entre las “**causas**”, coinciden en señalar, que es debido a la falta de control del embarazo por parte de las gestantes, seguido del desconocimiento de las señales de peligro en el embarazo, llegan con complicaciones al hospital y además son sujetas de discriminación en la atención y hay descuido del personal de salud. En caso de la muerte en domicilio indican que ocurre en mujeres solas que no tienen apoyo de su pareja y familia, ligado a su condición de distancia y economía para afrontar el traslado al hospital.

A diferencia de otros grupos de informantes claves, las técnicas de la Dirección de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, en cada una de las 9 provincias de la sierra, a quienes se aplicó 19 preguntas<sup>47</sup>. Respecto a las causas identifican como predominante para la muerte materna a la falta de control en el embarazo y llegan al servicio hospitalario con complicaciones, sin embargo manifiestan que existe falta de calidad y calidez en el servicio hospitalario que genera miedo y temor a la usuaria, y no acuden oportunamente a ser atendidas.

En tanto que las parejas de las mujeres que son madres, coinciden con los demás informantes claves en cuanto al lugar y a las causas, sin embargo en este grupo de población, las preguntas formuladas fueron 17<sup>48</sup>, que la respuesta particular expresada por ellos, es referente a los efectos en el hogar, con la familia y los hijos, asumiendo y reconociendo el rol de la mujer como fundamental en el hogar.

A 13 personas entre ellos usuarios, líderes y lideresas, se encuestó con 15 preguntas, de los que sobre el conocimiento de casos, causas y lugar de muerte materna, manifiestan de la siguiente manera<sup>49</sup>. Nueve personas dicen conocer casos de muerte materna en hospitales, 4 personas consideran que hay muertes en domicilio, debido al rechazo a acudir a las Unidades Operativas de un antecedente de maltrato y discriminación recibidos. Estos casos tienen efectos de dolor, desintegración y tristeza en el hogar. Las causas atribuyen a la falta de atención.

En sus experiencias de ser madres, 6 dan a conocer que dieron a luz en casa con asistencia de Parteras y 3 en Hospitales, y expresan la diferencia, cada una de ellas, sobre el tipo de trato que reciben en hospitales, anotamos a continuación los testimonios emitidos

---

<sup>47</sup> Anexo, formulario de preguntas aplicadas a los y las profesionales de la Dirección de Salud Intercultural

<sup>48</sup> Anexo formulario de la encuesta aplicada a parejas de las madres

<sup>49</sup> Anexo cuestionario aplicado a los líderes, lideresas y usuarios de los pueblos de la nacionalidad kichwa

en la aplicación de encuestas.

“Yo mismo como madre y además soy partera, que haciendo voy a mandar al hospital para que maltraten a mi hija, aquí en mi casa atendí sin ningún problema, se da cosas calientes y no como en Hospital todo frío hasta gente desconocida” (Partera, comuna Angamarca Cotopaxi. Diciembre 2014)

“Las muertes que sucede en los domicilio, es sobre todo cuando están solas en el hogar, o el esposo está lejos o son solteras, viven lejos o no tienen apoyo de la familia y por pobreza, la distancia y los malos caminos, a veces dificulta para conseguir carros para sacar a hospitales, por eso se nos ha muerto en el domicilio”. (Líder y sanador, Guamote Chimborazo, Diciembre del 2014)

#### **4.2.2. Percepción de embarazo, parto y posparto en los pueblos indígenas**

Los informantes claves coinciden en señalar, que es un proceso natural de la mujer, orden de la vida, ley divina, disposición de Dios, proceso de una gracia divina de la mujer por traer un nuevo ser, es la etapa que debe cuidarse y alimentarse a la mujer para que el hijo o hija nazca sano, sin embargo las parejas de las mujeres que son madres a quienes se les formuló además 17 preguntas<sup>50</sup>. De las que en relación a la percepción del embarazo de la mujer, expresan que es natural y deben dar a luz de forma vertical, como nuestras abuelas y momento de estar unida toda la familia sobre todo en el parto.

#### **4.2.3. Incidencia de la cooperación internacional**

En este aspecto se encuentra con la información particularizada de acuerdo a cada informante clave, según como se detalla:

##### **a) Parteras**

- De las once parteras, 7 expresan tener conocimiento de la existencia de cooperación internacional en beneficio de las comunidades con capacitación, educación e información, en pocas ocasiones también en aspectos económicos, en tanto que 4 parteras desconocen sobre las cooperaciones. Entre las instituciones de cooperación que identifican es al UNFPA en las provincias de Imbabura, Chimborazo, Guaranda., particularmente en la provincia de Imbabura manifiestan que también han contado con el apoyo de cooperación en temas de la salud de la mujer como planificación familiar y atención a recién nacidos, las instituciones son: Médicos

---

<sup>50</sup>

Anexo formulario de la encuesta aplicada a parejas de las madres

Mundo a través de las organizaciones de comunidades de Cotacachi UNORCAC, Jambi Mascaric y Jambi Huasi en Otavalo. A nivel de Pichincha, en el cantón Cayambe cuentan con el apoyo de CARE Internacional y Casa Campesina, con actividades de capacitación a las parteras tradicionales o ancestrales.

- En Cotopaxi, las parteras tienen conocimiento del apoyo de USAID con el programa CHS – Country Human Service y en Tungurahua tiene el apoyo de la Fundación PASA San Fernando de Visión Mundial.
- En tanto, las Parteras de las provincias de Cañar, Azuay y Loja no identifican que esté presente una institución de cooperación en la temática, sino únicamente coordinan actividades con Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública; sin embargo expresan de forma positiva que haya apoyo de cooperación en la reducción de la muerte materna.

Todas las parteras, si bien conocen la presencia del apoyo de cooperaciones, desconocen de donde provienen los recursos, solicitan que estos recursos sean para acciones basadas en la realidad local y no en la conveniencia de los países cooperantes.

#### **b) Profesionales de salud intercultural del Ministerio de Salud Pública**

De las nueve técnicas entrevistadas de Salud Intercultural, tienen conocimiento de la cooperación internacional para reducción de muerte materna, con actividades de capacitación, equipamiento e información y describen señalando en el siguiente orden:

1. UNFPA en Imbabura, Chimborazo y Guaranda
2. Visión Mundial con programa Maquipurashun en Imbabura, PASAS PDA en Tungurahua
3. CARE Internacional en Pichincha cantón Cayambe y Tabacundo
4. USAID con el programa de Visión Mundial y Center for Human Services- CHS en la provincia de Cotopaxi, con actividades dirigido específicamente a las parteras con capacitación y orientación para que sean ellas las que identifiquen las embarazadas en las comunidades y remitan a la Unidad Operativa. Otras instituciones cuyo apoyo ha sido menor, y localizado a nivel local como en Cotacachi e Ibarra el apoyo de Médicos Mundo. UNFPA además de capacitaciones han apoyado con infraestructura y todas las otras



instituciones han apoyado con programas de capacitación, información e intercambios con las 571 parteras de nueve provincias donde están la nacionalidad kichwa, sin embargo manifiestan.

“Que la cooperación es mínima, frente a las necesidades y demandas de los pueblos y nacionalidades, en la temática de Salud Sexual y Reproductiva por una parte y al fortalecimiento de los conocimientos ancestrales, en el que ninguna de las cooperaciones están apoyando, para fortalecer los conocimientos de las parteras y la trasmisión de conocimientos a las nuevas generaciones, sino únicamente en la capacitación para que las parteras sean las que identifiquen, hagan la búsqueda de las embarazada en las comunidades y hagan la transferencia a las Unidades Operativas”<sup>51</sup>.

Y corroboran con la información de las parteras, señalando que hay ausencia de cooperación internacional sobre el tema, en las provincias de Cañar, Azuay y Loja.

### **c) Parejas de las mujeres que son madres**

De las siete personas entrevistadas, 4 personas tienen conocimiento de la presencia de instituciones de cooperación en sus sectores, sin embargo manifiestan desconocer, los programas que impulsan o si están o no relacionadas a la reducción de muerte materna, no saben de donde proviene los recursos que ellos manejan. Indican además que la misma comunidad no tiene la información de las cooperaciones y expresan que deben coordinar con las comunidades y 3 personas desconocen sobre la cooperación.

### **d) Instituciones de Cooperación**

Es aplicada la encuesta a 4 instituciones de cooperación internacional, dedicados a la reducción de muerte materna, en la nacionalidad kichwa.

Expresan que el apoyo lo realizan en aspectos técnicos, económicos, educativos, con conocimiento e información, en tanto que el apoyo de la agencia de cooperación UNFPA además de las acciones de capacitación, han apoyado en infraestructura con adecuación cultural de los espacios de parto en las Unidades Operativas de Imbabura y Chimborazo. Los programas de cooperación han sido dirigidos a la Comunidad, mujeres, Hospitales y organizaciones sociales a nivel comunitario coordinan programas de capacitación de las parteras, porque consideran que el vínculo entre la comunidad y la UO,

---

<sup>51</sup> Responsable de Salud Intercultural en Cotopaxi. Diciembre 2014

el conocimiento de la medicina ancestral, puede influenciar en decisión de la mujer al método de planificación familiar, también ha fortalecido los saberes ancestrales en alimentación, vestimenta, acompañamiento, uso aguas con plantas medicinales, destino de placenta, conocimiento sobre señales de peligro en embarazo, apoyo familiar y comunitario. La cooperación a nivel institucional del MSP, apoya en la actualización de la normativa relacionada a salud materna y la incorporación del enfoque intercultural, capacitación a personal de salud, apoyo seguimiento de estándares de calidad, apoyo a la conformación de redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia CONE.

#### **e) Líderes, lideresas y usuarias**

Nueve lideresas, tienen conocimiento en la temática de la cooperación que realiza Visión Mundial con sus programas en diferentes lugares como Imbabura, Tungurahua. Su apoyo informa que es mediante el patrocinio a los niños, realizan charlas de capacitación sobre salud sexual y reproductiva y conocen de otra institución que apoya y es el UNFPA, aunque desconocen la procedencia de la cooperación, sin embargo manifiestan que beneficia a nivel comunitario, tampoco saben, si las Unidades Operativas de Salud cuentan con la cooperación internacional o que actividades hacen en los niveles hospitalarios.

Las lideresas de 3 provincias del centro y sur del país (Cañar, Azuay y Loja) expresan que no conocen de la presencia de cooperación internacional en sus comunidades, consideran que sería de gran ayuda en la provincia, pero sin imposiciones desde sus objetivos, sino para el fortalecimiento del conocimiento local.

#### **4.2.4. Conocimientos ancestrales, roles de parteras e instituciones**

Todos los informantes encuestados de manera general, al rol de parteras manifiestan que, hacen intervención en el control de embarazo, generalmente entre los 6 a 9 meses, con mayor frecuencia a los 8 meses, en muchos de los casos manifiestan que las usuarias buscan su ayuda, cuando presentan algún malestar que mediante pulso identifican el estado de salud y a la vez revisan la ubicación del bebé, en caso de estar en mala posición lo enderezan. Otro rol que describen es la propia atención de parto para lo que dan de tomar aguas de plantas calientes, incluido un huevo tibio que les facilita tener mayor fuerza para dar a luz. A la vez manifiestan que atienden al bebé recién nacido lo bañan y conversan con el bebé para que crezca un niño/a sano/a y fuerte.

Finalmente comunican la atención al proceso de posparto, que va de 2 a 3 veces por semana, hasta los 40 días, realizan consejos de alimentación y amarrado de la cadera. Esto sobre todo en mujeres que han tenido parto normal, las que van a hospital y han tenido cesárea ya no lo hacen. Sin embargo de la información proporcionada por las 11 parteras, el 70% hacen referencia a su rol realizada hace 8 años atrás. Puesto que actualmente la atención de parto ha disminuido, dado a la orientación del MSP y las cooperaciones, que solo se envíe o se acompañe a hospitales y que únicamente se ayude a identificar a las embarazadas en situación de riesgo.

En tanto que del nivel institucional, su apreciación es que si atienden, pero que no realizan con la sensibilidad de aspectos culturales, están sujeto a las normas institucionales, además de mucha demanda de atención, el personal de salud no atiende de manera correcta, hay maltratos y discriminación.

Particularmente las profesionales de salud intercultural, emiten que en la actualidad realizan entre ellas es: identificar los signos de peligro en el embarazo, parto y posparto, realizar la referencia a la Unidad Operativa y evitar la muerte materna, en tanto que a nivel institucional realizan una atención basada en normas y protocolos institucionales, el aporte de las parteras con la referencia es la articulación entre las parteras y la Unidad Operativa, para las capacitaciones y el acompañamiento.

En tanto que las parejas de las mujeres que son madres, manifiestan que las parteras tienen una muy buena voluntad para atender en el parto, tienen confianza y dan mayor calidad de atención, pero que en la actualidad solo están haciendo acompañamiento a las Unidades Operativas, ya no atienden partos. En tanto que de la U.O. dice que en unos casos si hay predisposición de atender, pero que hay mucha demanda y a veces hay maltrato a las indígenas sobre todo cuando están solas, que por trabajo no pueden acompañarles los esposos.

En tanto que los usuarios, líderes y líderes valoran los conocimientos y rol de la parteras indicando que contribuyen en evitar cesáreas y muertes maternas, sin embargo expresan desacuerdo con los roles que actualmente están realizando las parteras como es el de únicamente hacer referencia a los hospitales o en su caso cuando les permiten hacer el acompañamiento.

En cuanto al rol de las instituciones, manifiestan que también realizan la atención en diversas etapas, pero no es un trato amigable, tienen mucha demanda y hay poco personal de salud, que hay atención limitada de tiempo y no hay disponibilidad de aspectos culturales como la alimentación, no dejan pasar alimentos.

Existe una diferencia en la atención de parto en los hospitales de forma negativa a las indígenas, a pesar de que hay políticas de derechos, señala la lideresa.

“Yo mismo, soy huérfana de madre, desde los 8 años, mi mamá, murió por dar a luz en Hospital, mi padre en seguida trajo madrastra, no es nada bueno tener madrastra, te trata muy mal, pues es gente ajena, hace chismes, hacía pegar con mi Papá, pues se sufre mucho, por eso nunca quiero que se mueran las madres, es muy triste, además mi papá me hizo casar de 16 años con un hombre viejo, es bueno que mejor den a luz en casa con las parteras para que no mueran”. (Lideresa, pueblo Tomabela en Ambato. Febrero 2015)

#### **4.2.5 Experiencia profesional de la atención de parto**

Las Parteras remiten su experiencia profesional a la atención de partería en las comunidades, que oscila de 20 a 40 años con un número de nacidos vivos de 40 a 200, además del control de embarazo y atención de posparto, como el de encaderamiento o amarrado, según testimonio de la partera de Imbabura, Pueblo Kayambi dice.

“Amarrado bien, bien, por 3 semanas la mamita puede ser fuerte en su trabajo, cargar los granos y hasta cargar al guagua y con todo trabajar, sino la mujer es débil y no rinde en el trabajo de camp, es duro”. (Partera de la comunidad Pijal. Diciembre del 2014)

De las entrevistadas, únicamente una partera del pueblo kayambi de 56 años de edad, narra su experiencia de trabajo en el hospital por 3 años, donde aprendió sobre aspectos de aseo y expresa la dificultad con los profesionales nuevos, en la no aceptación e intervención de la partera con sus conocimientos en la atención de partos.

De las respuestas que nos dan sobre los recursos que las parteras usan en la atención del parto, coinciden con plantas medicinales calientes para vaporización, para toma de aguas que mantengan al cuerpo caliente y además el uso de utensilios limpios para la atención en el proceso de parto y la salida del niño, haciendo hincapié que siempre requieren el apoyo de los familiares y mejor si es del esposo.

De manera general las parteras, en cuanto al tipo de usuarias que acuden por sus servicios, identifican que en su mayoría acuden las primerizas para el control del embarazo y para la atención del parto acuden las multíparas, mientras que en el posparto para el

proceso del encaderamiento acuden tanto la primeriza como la múltipara, con la novedad que:

“En la primeriza no pueden hacer el encaderamiento, porque cuando regresan del hospital vienen hecho cesáreas, entonces solo pueden hacer uno o 2 amarrados después que haya sanado la herida de la cesárea”. (Partera del Pueblo Saraguro de Loja, Enero 2015)

“Donde mi han venido gente de la ciudad de etnia mestiza y no así las jóvenes de las comunidades prefieren ir al hospital y se someten a las cesáreas y después se demoran en la recuperación y quedan débiles”. (Partera de la Parroquia San Pablo en Imbabura. Enero de 2015)

Además de la experiencia profesional, fue posible obtener la información del número aproximado de parteras que existen en las provincias de la nacionalidad kichwa, que da un total de 446, siendo el de mayor número en la provincia de Chimborazo con 200<sup>52</sup>.

#### **4.2.6. Conocimiento de políticas públicas para la reducción de muertes maternas**

Al respecto, las profesionales de Salud Intercultural y las Instituciones de cooperación, asumen conocer las políticas públicas existentes para la reducción de muerte materna, estas son: Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales Red CONE, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, ENIPLA, Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes y Promoción Derechos e Igualdad<sup>53</sup>.

Mientras los líderes, lideresas y usuarias, tienen conocimiento de varias instituciones de cooperación que trabajan en la reducción de muerte materna y salud reproductiva, no conocen sobre las políticas que están desarrollando para evitar muertes maternas desde el estado, tampoco conocen las políticas de cooperación para la reducción de muertes maternas, sin embargo expresan la necesidad de apoyo, pero sin imposición de sus objetivos sino de acuerdo a las necesidades de la población indígena.

En tanto las parteras y la pareja de las mujeres que son madres, desconocen qué políticas públicas existen para la reducción de la muerte materna, sin embargo manifiestan las parejas que cuando se realizan chalas no solo llamen a las mujeres sino también a los

---

<sup>52</sup> Informan las parteras, según conocimiento de la participación que existe en los diversos talleres realizados por la Dirección Nacional de Salud Intercultural del MSP, desde el 2003 hasta el 2011

<sup>53</sup> El programa ENIPLA, a partir de Mayo del 2015, tomo el nombre de Plan Familia y a depender desde la presidencia de la República y nos MSP

hombres.

#### **4.2.7. Servicio de salud al que han acudido las usuarias como medida para evitar la muerte materna**

Manifiestan las usuarias que un 80% acuden a una Unidad Operativa para servicio de parto y no así para el control del embarazo, en tanto que para el control del embarazo en su mayoría acuden al servicio de las parteras y en menor proporción para la atención del parto.

#### **4.2.8. Persepción sobre el trato a las usuarias de las diversidades culturales, en las Unidades Operativas.**

Coinciden en la falta de sensibilidad de profesionales con las diversidades, falta generar un sistema de capacitación continuo y de sensibilización, por su alta rotación del profesional en áreas rurales. Hay trato diferenciado con enfoque intercultural en las unidades apoyadas por UNFPA en la adecuación cultural de salas de parto, según el siguiente testimonio de una usuaria.

“Para que voy a decir, me trataron muy bien los doctores y todo el tiempo estuvieron acompañando, no eran antes así, yo tuve parto normal y era más rápido” . (Usuaría del , pueblo Natabuela, Enero 2015)

“Con la diversas actividades realizadas, los encuentros y pasantías apoyado por UNPFA, también ha sido bien duro para que las parteras estemos en el hospital de Otavalo, en un inicio no nos querían ni ver, no nos daban nada, pero despues ya conseguimos que nos den la comida, y luego que el municipio nos de un estipendio, así logramos que aquí la mujeres valoren el parto vertical”. (Sra. Presidenta de Partera, Otavalo, Diciembre del 2014)

La percepción sobre el trato en la Unidad Operativa en atención al parto hospitalario, es que a pesar de los avances en políticas nacionales todavía hace falta trabajar con el personal de salud para mejorar la calidad de atención a las mujeres con un enfoque intercultural.

#### **4.2.9. Demanda de las nacionalidades y pueblos indígenas para reducir la mortalidad materna**

Con el apoyo de Family Care Internacional FCI, las nacionalidades en el contexto

de salud sexual y reproductiva principalmente para la reducción de muerte materna, cuentan con una agenda política de pueblos y nacionalidades, en el que plantean, trato digno en los establecimientos de salud, accesibilidad a un servicio intercultural, fortalecimiento a los conocimientos tradicionales, respeto a las culturas diferentes, mayor capacitación a los jóvenes en temas de salud sexual y reproductiva entre otros.

Sobre esta Agenda, tienen conocimiento 6 líderes y las 4 instituciones de cooperación, mientras que las usuarias desconocen la existencia de la Agenda levantada por las mujeres de los pueblos y nacionalidades.

#### **4.2.10. Estrategia Implementada por la Cooperación Internacional para la reducción de muerte materna**

El UNFPA, da a conocer que la estrategia es regional y realiza cooperación a través del Ministerio de Salud Pública, con asistencia técnica; fortalecimiento de los servicios con adaptación intercultural del parto. Fortalecimiento de las Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (incluye redes comunitarias, transporte de emergencias obstétricas, capacitación a la comunidad con parteras sobre señales de peligro, preparación del plan de parto) y Planificación Familiar. Apoyo a generación de evidencias, investigación y búsqueda activa de casos de muerte materna, por ello considera que el apoyo de las estrategias, ha logrado contribuir en la disminución de la muerte materna en población indígena.

#### **4.2.11. Conocimiento de las usuarias, líderes y lideresas, sobre el apoyo de las parejas a las mujeres durante el embarazo y el parto.**

Ocho lideresas expresan que si cuentan con el apoyo del esposo, porque son ellos los que se movilizan en busca de una partera o un pariente en la noche al presentar los dolores, además por el cuidado que realizan en el posparto y los mandados que realizan a las parteras durante el proceso del parto.

Cinco lideresas manifiestan que no tienen apoyo de su pareja o esposo por falta de comprensión y situación laboral y se ven obligadas a trasladarse solas a las Unidades Operativas.

#### **4.2.12. Contribución de lideresas para reducción de muerte materna**

Expresan que no han tomado como punto central, el apoyo en la temática, sino de forma general en los diversos aspectos organizativos y abordaje de género donde realizan los llamado de atención a la sensibilización de las mujeres para mejorar su condición de salud y cuidado en todo el procesos de salud sexual y reproductiva a demás de los derechos que les asiste como mujeres.

Una parte de las lideresas reconoce que en las diferentes formas de organización no han estado apoyando en la temática de evitar la muerte materna, sin embargo 3 lideresas dan a conocer que se ha levantado una Agenda Política y Estratégica de demandas al Estado desde las mujeres, a través de la organización de representación nacional CONAIE.

Esta Agenda Política basada en los registros de medios informativos e institucionales, desde antes de los años 90, con diversas programas de salud sexual y reproductivos en población indígena, como es el caso mediante evangelización con el Instituto Lingüístico de Verano que fueron expulsados del Ecuador en 1980 y posteriormente con programas desde el Estado como el CVR, con capacitación a las parteras en la atención de parto de acuerdo al plan de capacitación diseñadas sin el aspecto cultural y de cosmovisión de los Pueblos indígenas.

En la década de los 90, Ecuador toma fuerza el aspecto organizativo de los pueblos indígenas, que avocó en un levantamiento indígena nacional y demandan en el caso de salud, fortalecer los conocimientos ancestrales y la medicina tradicional, la valorización de quienes la practican, para más tarde ser referentes en procesos organizativos en contexto internacional y regional. Para su cumplimiento, en 1984 la Federación Indígena de Imbabura FICI, crea Jambi Wasi dentro de la organización de tercer grado con la Misión de fortalecer los conocimientos de las parteras y evitar las muertes maternas en las mujeres de las comunidades de Imbabura, que a nivel hospitalario fue sujetas de discriminación y maltrato. Para el efecto contó con el apoyo de la Agencia de las Nacionales Unidas UNFPA los años 1984<sup>54</sup>. En ese entonces fue un área de salud de la FICI, sin embargo en los años 1999, pasa a constituirse en una ONG privada, para fines de canalizar recursos económicos de la cooperación.

Desencadena este hecho en una separación de la FICI y una pérdida de su misión de creación que en su inicio impulsó la organización, sino con una misión de servicio de

---

<sup>54</sup> <http://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/unfpa-good-practice-2.html>



medicina convencional y una mínima intervención de enfoque intercultural.

Con estos antecedentes podemos decir, que la Cooperación internacional en contexto de pueblos indígenas de manera más visible y con datos se puede decir que inicio UNFPA en la provincia de Imbabura, el mismo que ha apoyado hasta el año 2008, ha tenido su repercusión y política de cooperación por más de dos décadas y nos permite hacer una reflexión sobre los diversos factores que influenciaron para dimitir la visión y misión institucional del Jambi Wasi creado como FICI y preguntarnos ¿si tuvo que ver la influencia de la cooperación al estar sujetos al apoyo de sus recursos?

Posteriormente el Jambi Wasi, encaminó en el 2006, a la inclusión de las parteras al servicio de atención de adecuación cultural del parto en el Hospital de Otavalo de forma gratuita, salvo un tiempo que fue reconocido por el gobierno cantonal una bonificación de 150 dólares mensuales y no así desde el Ministerio de Salud Pública a pesar de expresar que se reconozca su trabajo, en función de la acogida de las mujeres de Otavalo. Circunstancia que ocasionó, que en Marzo del 2014, la Confederación de Pueblos Kichwa de la Sierra Norte FICI, mediante rueda de prensa con un comunicado público decida retirar a las parteras del Hospital de Otavalo, por la desvalorización y la utilización de forma gratuita a las parteras (DIARIO LA HORA, 2012).

A la vez la experiencia de Otavalo con el apoyo de la cooperación UNFPA, permitió desde el 2008, extender la adecuación cultural de la sala de parto en otras provincias y desde el 2012 hasta la fecha, asume el Estado incluyendo este servicio, en las nuevas construcciones hospitalarias de tipo C, ubicados en los diversos cantones.

Por otra parte las situaciones de pobreza y marginalidad de la población indígena en las áreas rurales. La falta de políticas publicas acordes a las realidades de las diversidades culturales en el Ecuador, según el estudio que nos proporcionara el CEPAR, en el 2006, con sus datos ya con la diferenciación étnica y con alto índice de parto en casa o en domicilio, a nivel institucional permitió generar instrumentos que ayuden a plasmar en políticas públicas el enfoque de interculturalidad, hoy conocido como el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS – FCI, legalizado en 2013.

Estos hechos, permite reflexionar que tanto la religión como el estado, la educación y las políticas de desarrollo de las cooperaciones, ha configurado la desvalorización del rol

y la capacidad de los conocimientos de las parteras. El Estado con la oferta única de atención al parto a nivel hospitalario, sin la consideración de los aspectos culturales durante el embarazo, parto y posparto de la mujer, sobre todo con el incumplimiento de las políticas del enfoque intercultural de salud que tiene el Estado. Según la entrevista aplicada, las Parteras solo realicen la búsqueda de embarazadas en la comunidad y la referencia al Hospital, de acuerdo al siguiente testimonio.

“Antes si atendía partos, muchos me buscaban y no nos prohibían los doctores, ahora hacen reuniones y siempre dicen que solo enviemos a los subcentros, por eso, ya no atiende partos, solo mando al hospital”. (Partera de Pujilí, comunidad Chichu, Enero del 2015).

Este testimonio concuerda con las respuestas que emitieron, varias parteras, líderes y lideresas, que el rol de las parteras en estos tiempos, es hacer referencia a los hospitales.

Otro aspecto a señalar en el presente estudio, tiene que ver con los diversos roles que desempeñan los hombres y las mujeres, sobre todo como un tema de tratamiento en procesos organizativos desde la dirigencia de la mujer, los casos de prevención de muerte materna, mediante una agenda política en el 2011, y no así de los hombres, corroborando que en el presente estudio, las encuestas realizadas a los hombres líderes y a las parejas de las mujeres, no estaban informados sobre los conocimientos de las políticas públicas, las actividades encaminadas, la existencia misma de la cooperación y peor del caso específico para la reducción de la muerte materna en población indígena kichwa, a pesar de conocer casos de muertes maternas existentes en las comunidades y su repercusión triste en los hogares, en las familias y la comunidad.

A continuación sobre el tema que nos ocupa de la Influencia de la cooperación internacional en la reducción de la muerte materna, las parteras, los funcionarios de salud intercultural del MSP y algunas lideresas de los pueblos de la nacionalidad kichwa, identifican a varias instituciones con actividades de salud sexual y reproductiva a nivel local, sin embargo no se encuentran datos que nos permita, visibilizar en que medida es el aporte o ha influenciado la cooperación, a pesar de datos informativos con la narración de actividades realizadas a favor de la reducción de muertes maternas en población indígenas por parte de instituciones como: Casa Campesina en Cayambe, Vsión Mundial en 4 provincias, Family Care Internacional. Todas relacionadas a la capacitación salvo el UNFPA y Care internacional que ha apoyado con el equipamiento de las salas culturalmente adecuado y con la producción de materiales de difusión con contenidos de

enfoque intercultural y con la participación de las parteras. Aportes que, si hacemos correlación han sido un baluarte para que a nivel del Estado se estructure las políticas públicas con enfoque intercultural y paralelo las normativas internas. Estas acciones y políticas nacionales y locales que desarrolla Ecuador, como se fundamenta en el capítulo I del presente estudio, con los ODM que todos los países miembros deben cumplirlo, mediante políticas y estrategias regionales, nacionales y convenios bilaterales de los Estados.

Es así que Ecuador forma parte de la Comisión Andina de Salud Intercultural en el Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Onanue, (Lima, 2005). Donde el aporte de la experticia de las acciones nacionales del enfoque intercultural de atención de parto, ha permitido que en las Resoluciones de los Ministros de Salud del Área Andina (BID-PROAUS-Ministerio de Salud Pública, Salud Intercultural, 2006), se genere el Plan Andino de trabajo en Salud Intercultural<sup>55</sup>, del que forman parte Bolivia, Colombia, Chile, Venezuela, Perú y Ecuador.

Por otra parte, al contar con 50 Unidades Operativas de Salud del MSP, incorporados las salas de atención de parto con enfoque intercultural, también constituyen una experiencia a ofertar a otros Estados, de ahí los convenios binacionales con Brasil en 2010, con Chile en el 2011 y con Bolivia en el 2013 en el marco de la Cooperación Sur Sur.

Otra de las estrategias recientes que el Ecuador ha emprendido para la reducción de la muerte materna, según las declaraciones realizadas por el Presidente de la República como por la Ministra de salud, es “la contratación en el 2015 de 2.200 profesionales, entre obstetras, técnicos en atención primaria y ginecólogos. Además, la capacitación a 30.000 profesionales de la salud para que puedan atender un parto, mejorar la información a las madres sobre las señales de peligro, dado a que los casos de muertes son un 60% por causas prevenibles como la hemorragia e hipertensión durante la gestación” (Ministra de salud Carina Vance)<sup>56</sup>. Y permita reducir en el 2015 a 21 casos de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y los datos actuales es de 45 casos (EL TIEMPO, 2015).

Y sobre el enfoque de la interculturalidad, da a conocer que tienen 50 servicios de

---

<sup>55</sup> <http://www.orasconhu.org/publicaciones/plan-andino-de-salud-intercultural>

<sup>56</sup> <http://www.andes.info.ec/es/noticias/gobierno-ecuador-impulsa-plan-integral-reducir-mortalidad-materna.html>

salud con adecuación cultural de los servicios de parto y están los profesionales capacitados para atender, según la posición que opte la mujer para dar alumbramiento.

Para la aplicación de todas estas estrategias, el Mandatario decretó la reducción de entre 5 por ciento y 10 por ciento de los salarios de los funcionarios de altos rango del Ejecutivo (Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica andes, 2015).

Según comentó Verónica Vaca, gerente de la Estrategia para la Disminución Acelerada de la Muerte Materna, “entre 2012 y 2013 se registraron 50 mujeres menos fallecidas por alguna complicación del embarazo. El aborto clandestino es una de las causas. Señala además que en las provincias de Guayas y Pichincha registran el mayor número de fallecimientos maternos, pero eso se da en razón de que a estos lugares llegan referidos desde otras parte del país. El 76% de muertes se da en la raza mestiza y el 22% entre las indígenas. Los hospitales son los lugares de mayor fallecimiento con un 82%, mientras que los domicilios registran un 15%” (EL TELÉGRAFO, 2014). Datos que coinciden con la percepción de los y las informantes claves en cuanto al lugar del fallecimiento. Identificando que el mayor número de casos de muertes maternas ocurre a nivel hospitalario.

Sobre las declaraciones realizadas por las autoridades, si bien, dentro del plan está la consideración del enfoque intercultural, en la atención del parto con adecuación de los servicios, está en sus inicios, considerando que en contexto nacional cuentan con 3500 Unidades Operativas y apenas en 50 han incluido la adecuación cultural de los espacios de atención de parto para la reducción de la muerte materna, pero sin la consideración de la demanda de los procesos organizativos de los pueblos indígenas como el de fortalecer los conocimientos ancestrales y garantizar la trasmisión a las nuevas generaciones como responsabilidad del Estado según consta en la Constitución del 2008, Art. 363 y en el convenio 169 de la OIT.

En su conjunto la organización de los pueblos y nacionalidades indígenas, tiene una agenda política y estratégica, elaborada desde las mujeres indígenas del Ecuador, en el que determinan como estrategia. Promover acciones y políticas para garantizar la salud intercultural y la soberanía alimentaria. Y en contexto de salud sexual y reproductiva las acciones que plantean son: apoyar políticas interculturales, eliminación de racismo y la discriminación en los servicios de salud, apoyar las acciones de promoción a nivel

comunitario con la participación de líderes, lideresas, parteras y hombres y mujeres de sabiduría ancestral, incidir en políticas de soberanía alimentaria para mejorar la calidad nutricional específicamente en el embarazo, parto y posparto, en el marco de los derechos de mujeres a salvar sus vidas (CONAIE, 2011)

En tales circunstancias podemos reflexionar sobre las políticas públicas del Estado como de la cooperación internacional para la reducción de muerte materna, existe ausencia de estrategias y acciones que esté encaminado al cumplimiento de la demanda que realizan las mujeres de los pueblos y nacionalidades en la agenda política y estratégica, corroborando este hecho con los siguientes expresiones testimoniales de las mujeres indígenas.

“Las cooperaciones son muy importantes, hacen fuerza en solucionar un problema, pero que no vengan ya con políticas desde quito o de otros lugares y no consideran nuestra cultura, nuestro conocimiento, que no digan lo que es de hacer, nosotras si sabemos, solo que nos acompañen”. (Partera, de comunidad Angla Febrero del 2015)

Otro factor que influye en la desvalorización de los saberes ancestrales de las parteras, identifican, que se debe a la migración de la gente joven a las grandes ciudades que se ha dado en las ultimas décadas, su trabajos en las Empresas Florícolas, al norte de pichincha, cantón Cayambe y Tabacundo por ejemplo. Al respecto no existe ninguna acción del Estado para recuperar la valorización a su propia cultura, identidad y conexión con su territorio de origen e incluso familiar. Esta debilidad sumada a la deficiente formación y conocimiento de los profesionales de la salud en el enfoque de interculturalidad, que no aportan con una oferta adecuada de un parto en libre posición a las mujeres jóvenes que acuden. Para citar, en visita de campo al hospital de Guamote en Chimborazo en 2010, que cuentan con una sala de partos culturalmente adecuada, al encontrar vacío y la otra sala de posición en litotomía llena, la obstetra de turno expresa que se debe a que: “las mujeres indígenas no quieren dar a luz en posición vertical, que si se les pregunta pero no quiere<sup>57</sup>.”

En general el trabajo de campo, deja en evidencia las dificultades existentes de las políticas y estrategias que implementa desde el Estado en la reducción de la muerte materna y frente a la demanda de las organizaciones indígenas realizadas mediante la agenda política y estratégica. Numerosos testimonios corroboran este hecho, muchos de

---

<sup>57</sup> Visita de monitoreo, realizada en Octubre del 2010, Dra. Nidia Rodriguez y María De La Cruz del MSP.

ellos con rechazo de acudir a las unidades operativas para no sufrir maltratos y discriminación y de parte de los hombres debido a situaciones laborales la expresión de impotencia al no estar presentes durante el parto en los hospitales, para evitar que sus parejas sean discriminadas.

Por otra parte la preocupación desde la dirigencia y liderazgo de las mujeres indígenas, por la falta de acciones en preservar y fortalecer los roles de las parteras en las comunidades, valorando los conocimientos propios, acompañado de cosmovisión de los pueblos y nacionalidades. Avocadas ahora de forma voluntaria a ser emisarias de ubicar a las embarazadas en las comunidades y realizar la referencia a los hospitales como una contribución a la reducción de la muerte materna en las comunidades. Sucesos como estos, es de preocupación principalmente de las mujeres por la que en su agenda política plantean hacer un acompañamiento y veeduría a la Dirección de Salud del MSP, que tuvo como Misión impulsar el fortalecimiento de los saberes ancestrales de los y las sabias de la medicina ancestral y de forma participativa con los pueblos y nacionalidades.

Con la investigación a través de elementos bibliográficos y de encuestas aplicadas en campo, ha aportado al análisis de la Influencia de la Cooperación Internacional en la reducción de la muerte materna en la nacionalidad kichwa del Ecuador, tomando como marco los procesos de derechos de las mujeres, de los pueblos indígenas con el enfoque intercultural y los compromisos del Estado frente a Declaraciones, Tratados y Convenios internacionales. Las políticas implantadas de interculturalidad sin la profundidad de la demanda de los pueblos indígenas, se ha identificado las capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva en su contenido, desde la cosmovisión de la medicina occidental, aunque permite visibilizar un avance mínimo del enfoque intercultural en sus planes y programas de atención al parto en contexto institucional con los profesionales de la salud.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

En el primer Capítulo, nos ilustra la política internacional adoptada por Ecuador, que es de acuerdo con los Tratados, Acuerdos y Convenios internacionales, en lo referente a la reducción de la muerte materna. Estas políticas plasmadas en estrategias y acciones de una mejor calidad de atención que beneficia a la usuaria. Así como la contribución a otros países de la región sobre la experiencia de Ecuador en políticas con enfoque intercultural para la reducción de la muerte materna, con la implementación de servicios de adecuación cultural de los espacios de parto en las Unidades Operativas del país, facilitando a toda mujer por una opción de libre posición para dar a luz. Además de la implementación de marcos jurídicos nacionales que exigen como mandato el tratamiento del enfoque intercultural en los programas de salud y particularmente en la atención de embarazo, parto y posparto, entre ellos la red CONE y el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (PRAMM).

La descripción de la metodología a aplicarse en la investigación que consta en el capítulo II, también ha permitido la identificación de los informantes claves de la nacionalidad kichwa, que tienen relación a la temática de muerte materna. Y la aplicación de las encuestas de campo, nos ha contribuido con la información requerida en el presente estudio.

En tanto en el Capítulo III, nos aporta la descripción sobre la estructura funcional del órgano rector en salud, los datos de su intervención en la reducción de la muerte materna y la particular consideración del enfoque de interculturalidad como una política en proceso de implementación con el apoyo de instituciones de cooperación, sobre todo en las Unidades Operativas de tipo C.

Además los datos relacionados a la muerte materna en población indígena, que expone el CEPAR, permite hacer una valoración de la necesidad de impulsar políticas interculturales en los servicios de salud conjuntamente con la construcción de herramientas.

Finalmente en el Capítulo IV, de acuerdo a los interrogantes planteadas en la investigación, si bien no data la inversión de recursos económicos de la cooperación para efectos de reducción de muerte materna en la nacionalidad, sin embargo ilustra una amplia estrategia y actividades emprendidas con enfoque intercultural, destinado a los pueblos indígenas, realizada con el apoyo de UNFPA, FCI, AECID, Care Internacional, Ayuda en Acción y Médicos de mundo, entre las conocidas en las encuestas aplicadas a personal de Salud de la Dirección de Salud de las provincias que tienen su incidencia en los pueblos de la nacionalidad kichwa.

A nivel Institucional del MSP, no registra datos que permita visualizar acciones afirmativas para la reducción de muerte materna, de la población kichwa en particular, sino de forma general para la reducción de la muerte materna de toda mujer, en tanto como un esfuerzo aislado de la Dirección de Salud Intercultural, realiza actividades que permitirán llegar a la transversalización del enfoque intercultural, en los programas del Ministerio de Salud Pública como la generación de la “Guía Técnica para la Atención de Parto Culturalmente Adecuado” y la implementación de servicios de parto (58) con enfoque intercultural que permita a toda mujer la opción de dar a luz en libre posición.

En relación a qué políticas direccionaron las actividades en los pueblos de la nacionalidad kichwa para reducir la muerte materna. La pertenencia a los diferentes organismos internacionales como el ORASCONHU y el de formar parte del Comité de Salud Andina, ser miembro de las NNUU, sus declaraciones OIT y acuerdos son políticas internacional directrices que a nivel nacional también con los marcos normativos. Constitución 2008, Ley Orgánica de Salud y otras, han sido base para trazar actividades con las consideraciones del enfoque intercultural en salud como responsabilidad del Estado, falta aún por desarrollar mayor estrategia de articulación con los saberes ancestrales de las parteras en un sistema de referencia y contra referencia, además de la ausencia de personal de salud que manejen lenguas originarias de los pueblos y nacionalidades y se evite rechazo al servicio de salud. Sin embargo, es de destacar los avances implementados del enfoque intercultural en la adecuación cultural de espacios físicos para atención de parto y la capacitación y sensibilización de Profesionales de la salud en el enfoque intercultural.



No obstante, según las entrevistas a los informantes claves desconocen en su totalidad cuál es la política de las cooperaciones respecto a la reducción de muerte materna en los pueblos indígenas de la nacionalidad kichwa.

Con respecto a nuestras preguntas de investigación sobre cuáles ha sido las causas atribuidas de las muertes maternas que se han dado en los pueblos y nacionalidades. Las causas atribuidas, han sido determinadas a las identificadas como las tres demoras: a) falta de reconocimiento de las señales de peligro; b) la no toma de decisión oportuna para el traslado a la unidad operativa; c) y la distancia territorial para el traslado a los servicios de salud con resolución del parto.

Aunque, si hacemos correlación con los datos de acuerdo a las encuestas aplicadas en campo, con un muestreo de 5 personas por provincia perteneciente a la sierra, la muerte materna en su mayoría coinciden que se ha dado a nivel hospitalario o Unidad Operativa, y sus causas identifican a falta de control en el embarazo, a las malas prácticas médicas y maltrato del personal de salud.

Por otra parte sobre las diversas acciones de cooperación que realizan las ONGs, y organismos de cooperación para la reducción de la muerte materna, si bien tiene un contenido de enfoque intercultural, no toman en cuenta las normativas y políticas de los derechos de los pueblos indígenas que tiene como mandato, en este caso el de fortalecimiento de los conocimientos, saberes y prácticas de la medicina ancestral realizado por las parteras. Sino desde una intervención impositiva con una visión homogénea y biomédica, lejos de la percepción de la salud de los pueblos y nacionalidades, llevando a las parteras únicamente al cumplimiento de un rol de intermediarias para hacer referencia a las Unidades Operativas, además de colocarles en una situación de inseguridad sobre sus capacidades para resolver acciones de salud sexual y reproductiva en la comunidad, que según testimonios de las parteras a abocado en pérdida de liderazgo en la comunidad, generación de dudas, temor e inseguridad, la no trasmisión de saberes y pérdidas de sus propios conocimiento.

Y de forma general según el resultado de la encuesta tanto de usuarias, líderes, lideresas, parejas de madres, excepto el personal de salud y las parteras, manifiestan desconocer que las diferentes acciones que realizan en torno a la salud de la mujer cuenta con Cooperación Internacional, peor la proveniencia de los recursos, a pesar de conocer

medianamente la presencia institucional de UNFPA y Visión Mundial.

De acuerdo a los datos bibliográficos y la información aportada de los datos de la encuesta al profesional de salud Intercultural sobre el aporte de las cooperaciones, en cada uno de las provincias de la nacionalidad kichwa manifiestan que han contado con el apoyo de la cooperación, pero sus lineamientos no incluyen potenciar los conocimientos locales, sino en programas de percepción biomédica que integre las buenas prácticas de la cultura indígena a las de la medicina occidental y a los sistemas de salud, que limita a los actores, el poder evaluar el resultado de la cooperación en casos de reducción de muerte materna que está ayudando o no para la reducción de la muerte materna.

Finalmente, según las entrevistas a nivel de las provincias de Cañar, Azuay y Loja, desconocen la presencia de instituciones de cooperación apoyando en la reducción de muerte materna, situación por la que elevan la necesidad de ser beneficiarios de cooperación, bajo la demanda local para el fortalecimiento de los conocimientos de las parteras y la relación con las comunidades.

## **5.2. Recomendaciones**

- Mayor construcción de estrategias que permitan acciones afirmativas de fortalecimiento de los conocimientos de las parteras para actividades conjuntas de reducción de la muerte materna.
- Implementación de una estrategia comunicacional para una mejor interrelación entre la cooperación y los pueblos de la nacionalidad kichwa en las actividades de reducción de la muerte materna
- Involucrar a los hombres en actividades de capacitación e información sobre salud sexual y reproductiva y prevención para evitar muerte materna.
- Los planes y programas de cooperación internacional debe considerar la articulación con los actores locales como líderes y lideresas y se sumen a la lucha por la reducción de la muerte materna y evitar los efectos que ocasiona en la familia y en la comunidad.

## GLOSARIO

**Competencias Interculturales:** Las competencias interculturales son las habilidades cognitivas, afectivas y prácticas necesarias para desenvolverse eficazmente en la gestión y atención en salud.

**Hombres y mujeres de sabiduría ancestral:** Personas portadores de las cosmovisiones, conocimientos, saberes y prácticas, transmitidos de forma oral y experiencial a través de las generaciones, pero modificados en los procesos sociales adaptativos y de síntesis cultural. Sus recursos terapéuticos comprenden elementos de origen natural y espiritual

**Interculturalidad:** Relación sostenida de coexistencia y diálogo entre culturas distintas, bajo condiciones de respeto, igualdad y desarrollo de espacios comunes.

**Interculturalidad en salud:** Interrelación entre culturas sanitarias distintas en condiciones de igualdad; es decir, el respeto y la complementariedad entre medicinas con distintos métodos de diagnóstico y terapéuticos, así como las diferentes formas de concebir la salud-enfermedad-sanación. Además, toma en cuenta los derechos de la población diversa que se atiende en el Sistema Nacional de Salud.

**Nacionalidades y pueblos indígenas:** La nacionalidad comprende a pueblos milenarios ancestralmente asentados en un territorio definido, con idioma e identidad propios. Se rigen por sus específicas instituciones, autoridades y su derecho característico o consuetudinario

**Pertinencia cultural:** Es la adecuación de la gestión y atención de salud a las características de las culturas, cosmovisiones y entornos existentes. La pertinencia cultural se sustenta en el respeto y en la construcción colectiva, dirigidos a mejorar el acceso, la disponibilidad, calidad y utilización de los servicios de salud institucionales y comunitarios del Sistema Nacional de Salud.

**Medicina Ancestral:** “Sistema integrado de conocimientos, saberes y prácticas sustentado en las cosmovisiones de las nacionalidades y pueblos Indígenas, pueblo Afro ecuatoriano y pueblo Montubio del Ecuador; que se estructuran organizadamente con sus propios métodos y recursos de sanación para lograr la armonización del individuo (físico, mental y espiritual) consigo mismo, con su familia, su comunidad, la naturaleza y el cosmos”.

**Pertinencia intercultural:** Es la adecuación de la gestión y atención de salud que responda a las necesidades de la población diversa sustentada en el respeto y en la construcción colectiva, orientados a mejorar el acceso, la disponibilidad, calidad y utilización de los servicios del Sistema Nacional de Salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. (2011). *Una mirada completa, Salud reproductiva intercultural para mujeres indígenas*. Guatemala.

Ayuda en Acción. (01 de Enero de 2010). Las Parteras de Cayambe. *Calendario "Sabiduría para la vida y la sanación"*. Cayambe, Pichincha, Ecuador: Casa Campesina de Cayambe.

BID-PROAUS-Ministerio de Salud Publica, Salud Intercultural. (2006). *Guia para la Adecuacion Cultural de los Servicios de Salud*. Quito.

Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social -CEPAR. (2006). *Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en el Ecuador, encuesta demográfica y de salud Materno Infantil, ENDEMAIN*. Quito: Cepar.

Centro Interuniversitario para Estudios de Integración-CEPEI. (2010). *La cooperación internacional al desarrollo, cambios globales y su impacto en Centro América*.

Recuperado el domingo de 02 de 2015, de La cooperación internacional al desarrollo, cambios globales y su impacto en Centro América:

[http://www.boletincipei.unanleon.edu.ni/documentos/boletin2/5\\_Denis\\_Rojas.pdf](http://www.boletincipei.unanleon.edu.ni/documentos/boletin2/5_Denis_Rojas.pdf)

Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador, CONAIE. (1998). *Política Intercultural en salud y Derechos Sexuales*. Quito.

Cruz, G. D. (2015). Influencia de cooperación internacional en la reducción de muerte materna en mujeres kichwas. En G. D. Cruz, *FORTALEZA O DEBILIDAD DE CONOCIMIENTOS ENCESTRALES EN REDUCCION DE MUERTE MATERNA* (pág. 70). QUITO: Mario Bustos.

- FCI. (208-2009). *Mujer Indígena, Salud y derechos, diagnóstico participativo con CONAIE*. Quito: CONAIE, FCI t UNFPA.
- INDESO MUJER (Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer). (1995). Declaración de Beigin y plataforma de acción. *Chanclera Informativa*.
- Méndez Lugo, B. (17 de Marzo de 2011). *The South South Opportunity*. Recuperado el Domingo de 02 de 2015, de Concepto de Cooperación Internacional para el Desarrollo de la Cancillería Mexicana:  
<http://www.southsouth.info/profiles/blogs/concepto-de-cooperacion>
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado*. (MSP, Ed.) Quito, Pichincha, Ecuador: Lápiz y papel.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Estatuto Orgánico Funcional*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, MSP. (2013). *NORMA PARA EL CUIDADO OBSTETRICIO Y NEONATAL ESENCIAL (CONE) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Quito: MSP.
- Ministerio de Salud Pública, Salud Intercultural. (2014). *Informe Técnico La Medicina Ancestral en el MSP*. Quito.
- MSP. (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de Mortalidad Materna y Neonatal. *Documentos Normativos*. Quito, Pichincha, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- ORASCONHU. (2013). Ecuador emite norma CONE como Estrategia para reducción de Muerte Materna.
- ORASCONHU. (2014). <http://www.orasconhu.org>. Recuperado el 15 de 02 de 2015, de Organismo Andino de Salud: <http://www.orasconhu.org/areas-accion/comisi%C3%B3n-andina-de-salud-intercultural-0>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2008). *La Salud de los Pueblos Indígenas*

*de las Américas: Conceptos, Estrategias, Prácticas y Desafíos.* Quito: Franklin Quizhpe, Pueblo Saraguro.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2014). *Informe sobre Desarrollo Humano 2014, Construir el Progreso Humano: Reducir Vulnerabilidades y construir Resiliencia.* Nueva York: Naciones Unidas.

República de Colombia. (s.f.). *Agencia Presidencial de Cooperación Internacional.* Recuperado el 14 de 01 de 2015, de Agencia Presidencial de Cooperación Internacional: <https://www.apccolombia.gov.co/?idcategoria=114#&panel1-6>

Salud Intercultural, MSP. (2010). *DEFINICION DEL ROL DE PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SAUD DEL ECUADOR.* QUITO.

Secretaría Nacional de Planificación SENPLADES. (2007). *II Informe Nacional de los objetivos de desarrollo del milenio, Ecuador 2007: alianzas para el desarrollo.* Quito.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.* Quito.

SEMPPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.* Quito.

Sistema de las de las Naciones Unidas, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, Organización Internacional del Trabajo. (2007). *Pueblos Indígenas Originarios y Objetivo de Desarrollo del Milenio.* Bolivia: Una aproximación.

Sistema de Naciones Unidas del Ecuador. (2006). *Situación de los Indicadores de los Objetivos del Milenio con relación a los Pueblos Indígenas del Ecuador.* Quito: Naciones Unidas.

Subproceso de Salud Intercultural de Pichincha, Ministeriod de Salud Pública. (2009). *Saberes y prácticas 2009 al origen de la vida de los pueblos kayambis y kitukaras.* Quito: NINA comunicaciones.

UNFPA México. (2012). *Prevención de la Mortalidad infantil.* Mexico.

## **ANEXOS**

1. Cuestionarios aplicados en las entrevistas (5)
2. Tabulación de las entrevistas