

**REPÚBLICA DEL ECUADOR**



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

Trabajo de titulación para obtener la Maestría Profesional en  
Gestión Pública

**GESTIÓN PÚBLICA DE LA SALUD Y SU INCIDENCIA EN LOS  
FACTORES DETERMINANTES E INFLUYENTES DE LA  
MORTALIDAD MATERNA INDÍGENA EN EL CANTÓN COLTA,  
PROVINCIA DE CHIMBORAZO, PERIODO 2014-2017**

Autora: Ing. Mayra Lucía Merchán Camacho  
Directora: PhD. María Soledad Varea Viteri

Quito, julio 2018



**SECRETARÍA  
GENERAL**

**No.083- 2018.**

## ACTA DE GRADO

En la ciudad de Quito, a los veinticinco días del mes de julio del año dos mil dieciocho, **MAYRA LUCÍA MERCHÁN CAMACHO**, portadora del número de cédula: 1104113095, **EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA (2017-2019)**, se presentó a la exposición y defensa oral de su Artículo Científico, con el tema: **"GESTIÓN PÚBLICA DE LA SALUD Y SU INCIDENCIA EN LOS FACTORES DETERMINANTES E INFLUYENTES DE LA MORTALIDAD MATERNA INDÍGENA EN EL CANTÓN COLTA, PROVINCIA DE CHIMBORAZO"**, dando así cumplimiento al requisito, previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN GESTIÓN PÚBLICA**.

Habiendo obtenido las siguientes notas:

Promedio Académico:	9.17
Artículo Científico Escrito:	8.50
Defensa Oral:	9.12

**Nota Final Promedio: 8.99**

En consecuencia, **MAYRA LUCÍA MERCHÁN CAMACHO**, se ha hecho acreedora al título mencionado.

Para constancia firman:

  
**Dra. Soledad Varea**  
**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**

  
**Mgs. María Cruz Tornay**  
**MIEMBRO**

  
**Dra. Daniela Celleri**  
**MIEMBRO**

  
**Abg. Ximena Carvajal Chiriboga**  
**Directora de Secretaría General**

De conformidad con la facultad prevista en el estatuto del IAEN CERTIFICO que la presente es fiel copia del original

Fojas 11  
Fecha 06 AGO 2018

  
Secretaría General

## AUTORÍA

Yo, Mayra Lucía Merchán Camacho, con C.I. 1104113095, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo, así como los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad de el/la autor/a del trabajo de titulación. Así mismo, me acojo a los reglamentos internos de la universidad correspondientes a los temas de honestidad académica.



MAYRA LUCIA MERCHÁN CAMACHO

CC: 1104113095

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Yo, Mayra Lucía Merchán Camacho cedo al IAEN, los derechos de publicación de la presente obra por un plazo máximo de cinco años, sin que deba haber un reconocimiento económico por este concepto. Declaro además que el texto del presente trabajo de titulación no podrá ser cedido a ninguna empresa editorial para su publicación u otros fines, sin contar previamente con la autorización escrita de la universidad.

Quito, 25 de julio de 2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. Merchán', is written over a horizontal line.

MAYRA LUCIA MERCHAN CAMACHO

CC: 1104113095

## **Dedicatoria**

El presente artículo dedico primero a Dios, porque sin él nada sería posible.

A mis padres, Vitelio y María, por mostrarme el camino hacia la superación, y que gracias a sus consejos, valores y palabras de aliento que me han ayudado a crecer como persona. Siempre están presentes en mi corazón.

A mis hermanos, Eduardo, Ximena e Iliana, gracias por su cariño y por siempre brindarme su apoyo incondicional.

## **Agradecimiento**

A mi tutora Soledad Varea, por el tiempo, dedicación y paciencia en la elaboración de este documento.

A mis amigos, Theo, Day, Alexandra y Yubi, quiénes me han apoyado en todo momento y demostrado su amistad sincera.

## Tabla de contenidos

Autoría.....	iii
Autorización de publicación.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Tabla de contenidos.....	vii
Resumen .....	viii
<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Gestión pública de salud y factores determinantes de la mortalidad materna indígena.....</b>	<b>3</b>
2.1 Factores determinantes de la mortalidad materna.....	4
2.2 Marco teórico.....	8
2.2.1 Neoinstitucionalismo.....	9
2.2.2 Interseccionalidad.....	12
2.2.3 Articulación teórica: Neoinstitucionalismo sociológico vs Interseccionalidad.....	15
<b>3. Descripción del cantón Colta y análisis de los determinantes sociales de la salud de la comunidad indígena "Balda Lupaxi Bajo" .....</b>	<b>16</b>
3.1 Comunidad indígena "Balda Lupaxi Bajo".....	17
3.2 Análisis de los determinantes sociales de la salud: Factores estructurales e intermedios .....	18
<b>4. Salud materna intercultural: Análisis de protocolos y programas de salud implementados por el MSP del Ecuador .....</b>	<b>22</b>
4.1 Análisis de los establecimientos de salud del cantón Colta.....	22
4.2 Parto culturalmente adecuado (PCA).....	23
4.3 MAIS-IFC Visita Domiciliaria (VD).....	26
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>29</b>
<b>6. Bibliografía.....</b>	<b>31</b>

## **Resumen**

El presente artículo tiene como objetivo determinar la incidencia de la gestión pública de salud mediante el análisis de los programas y protocolos de salud intercultural implementados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en relación con: protocolo de atención “Parto Culturalmente Adecuado” (PCA) y al programa de salud “Visitas Domiciliarias” (VD) del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI), en el análisis de los factores determinantes de la mortalidad materna indígena. Se explora las relaciones entre el neoinstitucionalismo sociológico en el ámbito de la gestión pública de la salud con enfoque intercultural en los centros de atención de salud: primer nivel (Centro de salud Tipo A Columbe), segundo nivel (Hospital Básico de Colta) período 2014-2017, y su relación con el estudio de las desigualdades interseccionales de las mujeres indígenas de la comunidad Balda Lupaxi Bajo del cantón Colta, provincia de Chimborazo, que interactúan al momento de establecer los factores determinantes sociales de la salud de la mortalidad materna. Con base en análisis de datos estadísticos, encuestas estructuradas y entrevistas se establece la importancia del cambio institucional que ha permitido reducir las brechas socioculturales y la disminución de la tasa de mortalidad materna. Se concluye que los factores sociales de salud de la comunidad indígena analizada no son determinantes en la mortalidad materna indígena.

**Palabras clave:** Gestión pública de salud, neoinstitucionalismo sociológico, interseccionalidad, salud intercultural, determinantes sociales de salud, muerte materna indígena.

## **Abstract**

The objective of this article is to determine the incidence of public health management through the analysis of the intercultural health programs and protocols implemented by the MSP in relation to: the “Culturally appropriate Delivery” (PCA) care protocol and the health program “Home Visits” of the Comprehensive Family, Community and Intercultural Health Care Model (MAIS - FCI), in the analysis of the determinants of indigenous maternal mortality. The relationship between the neo sociological institutionalism in the field of public health management with an intercultural approach



in health care centers is explored: first level (Health Center Type .A Columbe), second level (Basic Hospital of Colta) period 2014-2017, and its relationship with the study of intersectional inequalities of indigenous women in the Balda Lupaxi Bajo community of the canton Colta, Chimborazo province, which interact at the time of establishing the social determinants of mortality health maternal Based on the analysis of statistical data, structured surveys and interviews, the importance of institutional change that has allowed to reduce sociocultural gaps and the reduction of the maternal mortality rate is established, concluding that the social health factors of the indigenous community analyzed are not determinants in indigenous maternal mortality.

**Keywords:** Public health management, neo sociological institutionalism, intersectionality, intercultural health, social determinants of health, indigenous maternal death.

## **1. Introducción**

La mortalidad materna es un problema de salud a nivel escala mundial, que se produce principalmente en países en vías de desarrollo (Latinoamérica y el Caribe) y con mayor progresión en zonas rurales o marginadas, como lo son las comunidades indígenas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren aproximadamente 830 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto; por eso esta organización planteó como medida los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 5): “mejorar la salud materna” y su meta 5.A en reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna (OMS, 2000). Como resultado, de acuerdo con el Informe de 2015 de las Naciones Unidas, se concluyó que desde 1990 a 2015 la tasa de mortalidad materna se disminuyó en el 45% a escala mundial (Informe ONU, 2015).

En Ecuador, por medio de los planes de desarrollo del Buen Vivir se busca reducir la tasa de mortalidad materna mediante el cumplimiento de metas y objetivos nacionales. En efecto, el Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) contempló como tercer objetivo nacional: “Mejorar la calidad de vida de la población”, no obstante señala que al 2011 se detectaron 70,40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y propuso disminuir a 50,00 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. (Senplades, 2013-2017).

A 2015, se registran 44.60 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Para el Plan Nacional del Buen Vivir (2017-2021), mediante el primer objetivo nacional: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”, pretendió reducir la tasa de mortalidad materna de 44.60 a 36.20 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Senplades, 2017-2021).

También es importante destacar que acorde a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en Ecuador la tasa de mortalidad materna en 1990 era de 153,9 y al año 2014 disminuyó a 49,2. Es decir, durante el período 1990-2014, la tasa de mortalidad materna disminuyó 68% (Senplades, INEC, PNUD, SNU, 2015).

A pesar de esta reducción, resulta importante indagar sobre los factores determinantes que inciden en la mortalidad materna indígena y cómo el Estado ecuatoriano, por intermedio del MSP, ha intervenido para implementar estrategias de salud intercultural y de mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, enfocada a la disminución de la mortalidad materna en los centros de salud. Por eso, el presente estudio está orientado a investigar sobre los determinantes sociales de la salud que influyen en la mortalidad materna de la población indígena Balda Lupaxi Bajo, perteneciente al cantón

Colta, provincia de Chimborazo y, consecuentemente, analizar cómo el MSP, mediante una gestión pública de enfoque intercultural integrado en los establecimientos de salud de la localidad, ha incidido para la disminución de la mortalidad materna indígena.

Así, se pretende determinar si la aplicación de un enfoque intercultural de salud constituye un cambio institucional en los establecimientos de salud que permita la reducción de la mortalidad materna indígena, bajo el análisis teórico del neoinstitucionalismo sociológico frente a la teoría de la interseccionalidad que revela las desigualdades interseccionales como: género, clase, etnia y edad, soportada por la población indígena materna.

Para el análisis de lo planteado se establecieron dos variables independientes: 1) Variable de gestión de salud: en relación al modelo de gestión de salud respecto a la implementación de protocolos y programas de atención de salud intercultural. 2) Variable sociodemográfica: referente a los factores sociales determinantes que influyen en la mortalidad materna indígena. Bajo este contexto se establecen los objetivos siguientes:

- Examinar los factores determinantes sociales de salud que impiden a las mujeres indígenas embarazadas recibir atención médica durante el embarazo y el parto, en el cantón Colta, provincia de Chimborazo, perteneciente a la comunidad de Balda Lupaxi Bajo; y,
- Analizar los principales protocolos y programas que el Ministerio de Salud Pública ha implementado para mejorar la atención médica de las mujeres indígenas en la salud sexual y reproductiva en el cantón Colta, provincia de Chimborazo.

En relación al primer objetivo, se examina los determinantes sociales de salud tanto estructurales (contexto socio económico) como intermedios (circunstancias materiales, de salud y trabajo) de la comunidad indígena Balda Lupaxi Bajo. Para el desarrollo de este objetivo (capítulo 2) se utiliza una estrategia metodológica cualitativa, exploratoria y descriptiva con la comunidad indígena, con la finalidad de analizar el impacto de los determinantes de la mortalidad materna con relación a su entorno sociocultural, para lo cual se realizó la aplicación de una encuesta estructurada durante el período octubre-diciembre 2017.

En correspondencia con el segundo objetivo se pretende analizar los programas y protocolos de salud intercultural implementados por el MSP en relación con: protocolo de atención del “Parto Culturalmente Adecuado” (PAC) y al programa de salud “Visitas Domiciliarias” (VD) del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e

Intercultural (MAIS - FCI), en los siguientes establecimientos de salud del cantón Colta: Hospital Básico Publio Escobar y Centro de Salud Tipo A Columbe. Para el desarrollo de este objetivo (capítulo 3) se utilizó una estrategia metodológica mixta: cuantitativa, con base en los registros estadísticos del Distrito de Salud Colta-Guamote 06D04 y del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica de Salud del período 2014-2017; y cualitativa, mediante la utilización de entrevistas al personal médico de las instituciones de salud en referencia. Como resultado del estudio se pretende determinar si los factores determinantes de salud (estructurales e intermedios) de la comunidad Balda Lupaxi Bajo son factores causales o determinantes de la mortalidad indígena materna; y si el cambio institucional con enfoque intercultural implantado en los establecimientos de salud ha permitido reducir las brechas de atención de salud y de la reducción de las muertes maternas en el cantón.

## **2. Gestión pública de salud y factores determinantes de la mortalidad materna indígena**

El presente estudio nace de la tensión existente en la atención de salud por la que las mujeres indígenas en embarazo tienen que afrontar al momento de acudir a los centros de salud, donde ciertos temores se apoderan de ellas, tales como: no ser totalmente comprendidas en su lenguaje, recibir malos tratos, ser discriminadas, no tener opciones de atención interculturalmente adecuadas, etc. Y es en este entorno de atención de salud en el cual se refleja las desigualdades interseccionalidades como raza, género, etnicidad, entorno económico, nivel de escolaridad y de accesibilidad que inciden en la mortalidad materna indígena. El Estado es un actor relevante que tiene la obligación de intervenir en este problema de salud pública con el objetivo de mejorar y reducir la tasa de mortalidad materna.

Adicionalmente, la maternidad es uno de los eventos más trascendentales en la vida de una mujer, pero a la vez puede convertirse en el más peligroso suceso que puede concluir con su muerte, principalmente al no disponer de las condiciones necesarias tanto médicas como del apoyo en el aspecto sociocultural que vive la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de

La mortalidad materna es un fenómeno de salud que se evidencia principalmente en países de desarrollo en América Latina, en donde existe un alto grado de marginación y discriminación, especialmente en la población indígena. La OMS define la defunción materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, 1995). Además, para otros autores, “La muerte de la mujer por causas relacionadas al embarazo, no puede ser comparada con otros problemas de salud, ya que el origen del fenómeno no es solamente un proceso biológico, sino un conjunto de determinantes sociales” (Azamar, Nigenda y Lamadrid, 2013, p. 41).

Para el presente estudio es importante entender la cosmovisión cultural de los pueblos indígenas, en tal sentido, los organismos mundiales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) la han definido como:

Aquel conjunto de elementos que determinan la forma que las diferentes culturas tienen de concebir el mundo y su lugar en él. Incluye su patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones y comportamientos, las relaciones de individuos con otros individuos, del individuo con la sociedad, con la naturaleza y con los seres espirituales. (Banco Interamericano de Desarrollo [BID], 2010, p. 20).

## **2.1. Factores determinantes de la mortalidad materna indígena**

En este apartado se mostrará las discusiones teóricas que han tenido lugar alrededor de los determinantes de la mortalidad materna. Por una parte, están los estudios que se centran en un enfoque más culturalista; es decir que sostienen que las mujeres indígenas que habitan en zonas rurales no acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva debido a que son más importantes sus costumbres y tradiciones, por lo cual se refieren a la revalorización de saberes; por su parte, otro conjunto de autores se refieren a la problemática de la atención en las instituciones de salud. Finalmente, están los estudios que han analizado las políticas de salud y la relación del Estado con la ciudadanía. Dentro

---

transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.

de los estudios que se centran en un enfoque cultural, como determinante de la mortalidad materna tenemos a Freyermuth, quien considera que:

Analizar las circunstancias, contexto y antecedentes de la muerte de mujeres durante su embarazo, parto o puerperio, nos permite indagar sobre el peso que pueden tener en la mortalidad materna otros aspectos: aquellos que se han llamado *factores culturales*. (Freyermuth, 1997, p. 141).

Elu (1993), citado por Romero I, Sánchez G, Romero E y Chávez M (2010, p. 45) considera que “la distancia tan marcada que existe entre los servicios de salud y la población no es física, sino cultural, por todas las creencias que están endosadas a la medicina tradicional y a la maternidad”. En este sentido, Freyermuth (2006) realizó una investigación en un municipio indígena (Tenejapa, Chiapas) en el cual encontró que la mayor parte de la población no reconoce los signos de una emergencia obstétrica por lo que no se dirigen a los centros de salud de manera oportuna. En consecuencia, recurren a las parteras tradicionales,<sup>2</sup> quienes gozan de gran aceptación y respeto por la comunidad, pero no cumplen con el entrenamiento formal para atender los casos graves que conlleven a la muerte materna (Freyermuth, Villalobos, Arguello y De la Torre, 2006, p. 65).

Otro enfoque, respecto a los determinantes de la mortalidad materna, es la problemática de la falta de atención en las instituciones de salud. Los autores Hernández, Langer, Romero y Chirinos (1994) consideran que entre los factores influyentes “la atención hospitalaria es uno de los más importantes. En efecto, la asistencia de servicios prenatales y perinatales accesibles y de buena calidad, parece ser un factor determinante en la reducción de la mortalidad materna” (p. 522).

En este punto es importante destacar el modelo conceptual elaborado por Thaddeus y Maine (1994) para identificar los factores que contribuyen a la mortalidad materna, que consiste en el “modelo de las tres demoras”: 1) demora en decidir la búsqueda de atención (reconocimiento del problema, oportunidad, decisión y acción); 2) demora en llegar a los servicios de salud (acceso geográfico), y 3) demora en recibir atención médica (calidad y oferta de los servicios de salud disponibles) (Thaddeus y Maine, 1994).

---

<sup>2</sup> Parteras tradicionales, se denominan aquellas mujeres que atienden partos en la comunidad, que son independientes del sistema de salud y no han sido entrenadas formalmente. Freyermuth (2006).

En un estudio en la atención del parto en Chiapas, México (Sánchez, Ochoa, Navarro y Martín, 1998) determinaron las razones por la que las mujeres en embarazo no acuden a los centros de salud más cercanos: percepción de mala atención y falta de confianza, es decir que los médicos las vean, prefieren a la partera (alrededor del 60% de mujeres decidieron ser atendidas en casa por una partera), consideran que no es necesario ir a un centro de salud, piensan que dirigirse a este es un preámbulo de muerte, más que una oportunidad para salvar la vida (Freyermuth, 1997), razones económicas y geográficas de acceso es otra barrera (Hautecoeur, 2007), y por lo general, no tienen con quien dejar al cuidado sus hijos para poder asistir a los centros de salud (Sánchez, Ochoa, Navarro y Martín, 1998, p. 7). Otro aspecto importante concerniente a los factores determinantes de la mortalidad materna es el referente a la cobertura de los servicios de salud. McCarthy y Maine (1992) reconocen en su marco conceptual que:

La muerte es la culminación de una secuencia precisa de sucesos: el embarazo, alguna complicación asociada al embarazo y la muerte provocada por la complicación. Para estos tres sucesos se proponen cuatro categorías de determinantes de la mortalidad materna: el comportamiento sexual y reproductivo, el estado de salud de la mujer, el acceso a los servicios de salud y otros factores desconocidos. (McCarthy y Maine, 1992).

Asimismo, la OMS ha definido el marco conceptual de los determinantes sociales de salud como aquellas “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial nacional o local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”(OMS, s.f.) y que, basado en el modelo de Soler e Irwin (2010), hace referencia a los determinantes estructurales (contextos socioeconómico y político) y los determinantes intermedios (circunstancias maternas de vida y trabajo, seguridad social, conductas, estilos de vida, factores biológicos), que juegan un papel importante en los factores determinantes de la mortalidad materna, especialmente en poblaciones indígenas o marginadas.

Hautecoeur, Zunzunneegui y Vissandjee (2007), tras realizar un estudio en Rabinal, Guatemala, y considerando que el 81% correspondían a comunidades indígenas, pudieron distinguir dos aspectos en la atención médica: la zona urbana, correspondiente al 20% en el cual los servicios de salud se encontraban centralizados, y la zona rural, correspondiente al 80% de la población excluida y discriminada, en la cual un médico

pasa consulta una vez al mes, y existe uno por cada 10.000 habitantes (p. 87). En consecuencia, concluyeron que las principales barreras de acceso a los servicios de salud son: económicas (falta de recursos económicos, escasez en los servicios de salud de personal médico, infraestructura y medicamentos), geográficas (distancias, no hay acceso a las carreteras y los transportes son escasos, y culturales (malos tratos recibidos por el personal de salud, el lenguaje como obstáculo de comunicación entre el médico y las pacientes) que se encuentran estrechamente interrelacionadas y, en general, la principal fuente del problema es la pobreza (ibíd., p. 92).

Finalmente, los estudios sobre las políticas de salud direccionadas a la capacitación del personal médico e infraestructura, en los cuales la relación entre el gasto público y la tasa de mortalidad materna puede tener un impacto efectivo en la reducción de los determinantes sociales de la salud en relación con la mortalidad materna. En este sentido, LaFleur y Vélez (2014) en un estudio realizado en Honduras sobre los determinantes de la salud materna e infantil, concluyen que las estrategias de desarrollo tienen impacto significativo en la mejora de la salud de la mujer, pero que se requiere aumentar el acceso a los centros de salud, ya que consideran que:

El impacto del gasto público sobre la salud depende de factores relacionados al acceso, calidad y cobertura de los servicios del sector de salud. No solamente importa el vínculo entre los recursos financieros y los servicios de salud, pero si también el vínculo entre estos servicios y el paciente. De esta forma, la definición de la variable del gasto tiene un efecto sobre su relación con la mortalidad. (LaFleur y Vélez, 2014, p. 14)

En referencia entre el vínculo entre los servicios de salud y la mujer, otro enfoque que se estudia para la disminución de la muerte materna, es la recuperación de saberes culturales en los centros de salud. Pozzio María (2016) considera que promover el “parto humanizado” en contraste a la violencia obstétrica puede ser utilizado como estrategia para la disminución de la muerte materna, así como la recuperación de los saberes de las parteras tradicionales como agentes competentes y articuladores entre la comunidad indígena y los servicios de salud (Pozzio, 2016, p. 101). En consecuencia, para otros autores:

La amplia cobertura que ofrece la medicina tradicional a las necesidades de salud reproductiva se puede atribuir a diversos factores. Por una parte, las parteras tradicionales



se ocupan de las necesidades de atención a la salud de una alta proporción de mujeres que no tienen acceso a los servicios institucionales; por otra, mantienen una sólida identificación cultural con las usuarias y una comunicación fluida basada en valores comunes. (García, Castañeda, Romero, González y Langer, 1993, p. 76)

Retomando a Freyermuth, en su estudio en Tenejapa, Chiapas, recalca que es necesario poner en marcha campañas en la lengua cultural de la población indígena que permitan identificar con mayor rapidez signos de emergencia obstétrica. Además la importancia de incluir a los hombres en actividades de educación materna, dado que son ellos, como jefes de hogar, quienes toman la decisión final de acudir o no, a un centro de salud. (Freyermuth, Langer, Villalobos, Arguello y De la Torre, 2006, p. 65).

## **2.2. Marco teórico**

Como fundamento teórico, el presente estudio utiliza el neoinstitucionalismo sociológico y la interseccionalidad como enfoque de análisis. La elección del neoinstitucionalismo sociológico como enfoque teórico permite analizar el proceso de cambio que han tenido que desarrollar las instituciones públicas de salud mediante las políticas públicas implementadas por el MSP para lograr un estado de bienestar (Buen Vivir) que garantice los servicios públicos de salud de forma eficiente e igualitaria. Aquí, el enfoque de la interseccionalidad permitirá detectar los efectos de las desigualdades y la discriminación, diferenciaciones sociales, que pueden llegar a sufrir las comunidades indígenas en el momento de la atención médica.

Es importante señalar que la gestión pública de la salud, para efectos de la presente investigación, ha sido tomada como el instrumento que permite la relación entre el Estado y la comunidad indígena (neoinstitucionalismo sociológico); y la mortalidad materna es entendida como el elemento más relevante en la construcción social de atención intercultural que facilita explorar las relaciones existentes en el entorno hospitalario y de atención médica hacia las mujeres indígenas (interseccionalidades).

En ese sentido, el objeto de la investigación está constituido por los determinantes de la mortalidad materna desde la perspectiva teórica y metodológica de la interseccionalidad y el neoinstitucionalismo sociológico. A continuación se realiza una breve síntesis de los orígenes y clasificación del neoinstitucionalismo, y se resalta el estudio del neoinstitucionalismo sociológico como enfoque teórico-metodológico que fundamenta la nueva administración pública. Posteriormente, se analiza la perspectiva de

la interseccionalidad como fundamento del estudio de género, etnia y clase de la mujer indígena.

### 2.2.1. El neoinstitucionalismo

El neoinstitucionalismo se impuso a partir de 1990 como una de las teorías más importantes y dominantes para las ciencias sociales. Este fenómeno nació como un paradigma teórico en contraste al viejo institucionalismo y sus características dominantes: el legalismo,<sup>34</sup> el estructuralismo,<sup>5</sup> el holismo,<sup>6</sup> el historicismo<sup>7</sup> y el análisis normativo<sup>8</sup> (Peters, 2003). El neoinstitucionalismo considera que “las reglas institucionales vigentes (Constitución, Leyes, etc.) en una sociedad determinan los comportamientos individuales y colectivos de sus miembros. Este control sería necesario para orientar los comportamientos humanos, vistos como inestables y caóticos, hacia fines deseables.” (Roth, 2014, p. 3).

El análisis de esta teoría se encontraba fuertemente estructurada por el aspecto normativo y jurídico, en el cual las instituciones funcionaban meramente como elementos formales de control hacia los individuos. Asimismo, esta apreciación nos remonta al concepto de la “jaula de hierro”, elaborado por Max Weber quien sostenía que “a medida que las sociedades se desarrollaran, habría una tendencia hacia la convergencia alrededor de un formato legal racional para la burocracia” (Peters, 2003, p. 156). Para Weber, “el ‘tipo ideal’ de la burocracia racional-legal es la forma más elevada posible de racionalidad expresada en forma de institución” (ibíd., p. 149).

Como se puede comprobar en el mundo real, este tipo de burocracia racional-legal no se puede experimentar de manera perfecta en las instituciones, sino que va más allá de la mecanización burocrática, como lo manifiesta Eisenstadt (1963) para quien “a medida que se desarrollan las burocracias incorporan un conjunto de valores más ricos y

---

<sup>4</sup> **Legalismo.** Se ocupa de la ley y del papel central de esta en la actividad gubernamental.

<sup>5</sup> **Estructuralismo.** La estructura cuenta y determina el comportamiento.

<sup>6</sup> **Holismo.** Muchos viejos institucionalistas fueron comparativistas, debido su acentuado análisis legal que los obligaban a observar la variabilidad entre un sistema y otro.

<sup>7</sup> **Historicismo.** En relación con una fuerte fundamentación histórica, debido a una influencia mutua entre el Estado y la sociedad a través de la historia.

<sup>8</sup> **Análisis normativo.** La preocupación de los institucionalistas por las normas y valores significaba que su trabajo no podía ser científico, al menos no en el sentido positivista del término.

completos, como también cierto patrón de interacción” (mencionado por Peters, 2003, p. 152). También, Dimaggio y Powell consideran que:

El neo institucionalismo ayuda a responder a las anomalías empíricas a las cuales se ven enfrentados los administradores, en cuanto a las diferencias entre los programas y su ejecución, es decir, a las divergencias entre los modelos racionalistas, propuestos por los neoclásicos, y modelos alternativos que son más consistentes con la realidad organizacional, propuestos por los desarrollados por las ciencias sociales. (Dimaggio y Powell, 1999).

A nivel de autores, existen diferentes tipologías del neoinstitucionalismo, como Scott (1995) quien lo divide en tres vertientes: regulatorio, cognitivo y normativo. Por otra parte, Peters (2003) lo clasifica en seis categorías: normativo, de elección pública, empírico, histórico, internacional e institucionalismo social. Por su parte, March y Olsen (1997) consideran tres vertientes principales del neoinstitucionalismo: económico, político y sociológico. Hall y Taylor (1996) consideran que existen tres escuelas o vertientes del neoinstitucionalismo en relación con la ciencia política en particular: el racional, el histórico y el sociológico (Roth, con base en Hall y Taylor, 2014, p. 8).

En consecuencia, el neoinstitucionalismo, mediante sus diferentes vertientes o tipologías pretende explicar el tejido de las relaciones entre el Estado, la sociedad y el individuo, teniendo en cuenta que las instituciones son la base para la ciencia política. En tal sentido, Peters (2003) considera que el concepto de institución puede entenderse como: “Un conjunto de reglas y valores, normativos y no cognitivos respecto de la manera en que influyen sobre los miembros institucionales, como también el conjunto de rutinas que se desarrollan para poner en ejecución e imponer esos valores” (p. 51).

Es importante recalcar que cada vertiente define de forma diferente el concepto de institución. Para el neoinstitucionalismo de elección racional “Las prescripciones que los seres humanos usan para organizar cualquier forma de interacciones repetitivas y estructuradas incluyendo las que se desarrollan al interior de las familias, vecindades, mercados, empresas, asociaciones deportivas, iglesias, asociaciones privadas, y gobiernos a todo nivel” (Ostrom, 2005, p. 3). El neoinstitucionalismo histórico, en cambio, considera:

Los procedimientos, protocolos, normas y convenios oficiales y no oficiales inherentes a la estructura organizacional de la comunidad política o de la economía política. Esto puede incluir desde las reglas de un orden constitucional, los procedimientos habituales del funcionamiento de una administración hasta los convenios gobernando el comportamiento de los sindicatos o las relaciones entre bancos y empresas. Son también instituciones las organizaciones y reglas o convenios promulgados por las organizaciones formales. (Hall, Taylor, 1997, p. 471)

Y finalmente, para el neoinstitucionalismo sociológico, las instituciones no son solamente “las reglas, los procedimientos, las normas formales sino (también) los sistemas simbólicos, los esquemas cognitivos y los modelos morales que ofrecen los ‘marcos de significación’ que guían la acción humana” (Hall, Taylor, 1997, p. 482).

Es decir, la teoría neoinstitucional con enfoque sociológico está centrada en la conformidad organizativa de acuerdo con las reglas sociales, lo cual es indispensable para recibir apoyo y legitimidad. Por lo tanto, esta teoría se aleja de los enfoques teóricos determinados desde el punto de vista técnico y se preocupa más por la legitimidad o aceptación al entorno en el que se desarrolla.

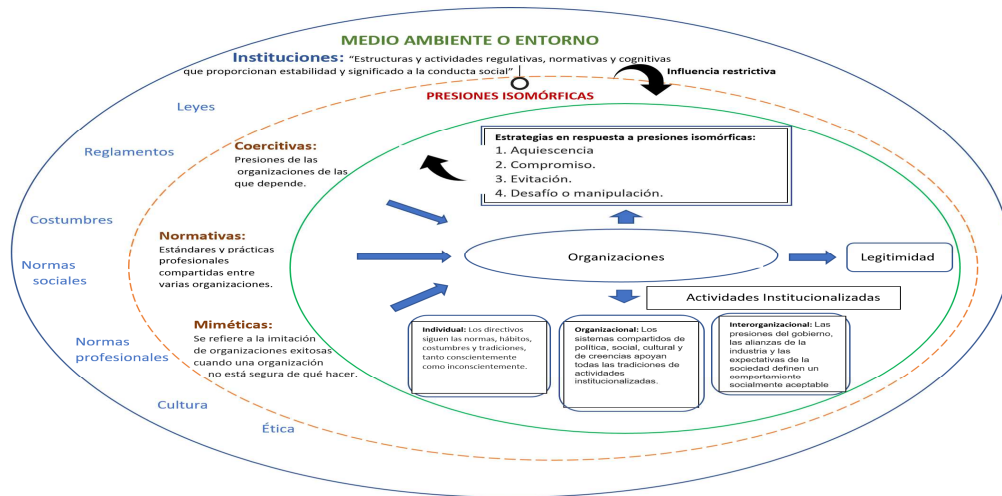


Figura 1. Esquema general de la teoría institucional desde el enfoque sociológico. Fuente: Elaboración propia (2018) basada en la descripción de Jeffrey A. Miles en su libro *Management and Organization Theory*, (2012).

Esta teoría centra su análisis en un ambiente o entorno, en el cual las “instituciones” son un componente crítico de este entorno, y definidas como “estructuras y actividades regulativas, normativas y cognitivas que proporcionan estabilidad y significado a la conducta social” (Scott, 1995, p. 33). Es decir, las instituciones inmersas en un contexto social restringen y orientan el comportamiento de los agentes de las organizaciones; por

ejemplo: leyes, reglamentos, costumbres, normas sociales y profesionales, cultura y ética. Estas instituciones van a ejercer una influencia restrictiva llamada “presión isomórfica” sobre las organizaciones y pueden ser de tres tipos: coercitiva (presiones de las organizaciones de las que depende), normativa (estándares y prácticas profesionales compartidas entre varias organizaciones) y mimética (imitación de organizaciones exitosas cuando la organización no sabe qué hacer).

Para seguir con nuestra descripción, es importante definir qué se entiende por el concepto de isomorfismo, que según Scott (1995) es la “Cantidad de organizaciones o individuos similares que muestran una forma o práctica dada”. En consecuencia, estas presiones isomórficas influyen sobre las organizaciones para conseguir principalmente legitimidad o aceptación. Cuando las organizaciones se someten a presiones institucionales y se ajustan a las normas sociales de ciertas estructuras y procesos organizativos, se les recompensa ganando mayor legitimidad, recursos y capacidades de supervivencia para sus operaciones (Oliver, 1997). Pero de igual manera, las organizaciones en respuesta a estas presiones adoptaron ciertas estrategias como: aquiescencia, compromiso, evitación, desafío o manipulación. Además, la teoría institucional postula que las actividades institucionalizadas ocurren debido a influencias en tres niveles: individual, organizacional e interorganizacional (Oliver, 1991).

### **2.2.2. Interseccionalidad**

El concepto de interseccionalidad lo introdujo Kimberlé Crenshaw en la Conferencia Mundial contra el Racismo en Sudáfrica en 2001,<sup>9</sup> para quien “la teoría de la ‘interseccionalidad’ se refiere a los procesos complejos, irreducibles, variados y variables que en cada contexto derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos” (Crenshaw, 2001).

Para la definición de este concepto, mediante un análisis jurídico, Crenshaw evidenció la marginalización de las mujeres afroamericanas analizando tres decisiones judiciales: 1) DeGraffert vs. General Motors. 2) Moore vs. Hughes; y 3) Payne vs. Traveno, que demostraban contradicciones internas jurídicas que fomentaban la discriminación en términos de raza y género.

---

<sup>9</sup> El término “interseccionalidad” nace de la lucha de las mujeres negras en EEUU en defensa de la exclusión a las políticas públicas antirracistas que no concebían la interacción entre raza y género, y que afectaba la vida de las mujeres.

Los casos analizados exponían discriminación por raza o por género, pero nunca por ambos. Por tanto, existía un alto grado de marginalización hacia las mujeres afroamericanas, ya que al hablar de mujeres únicamente se hacía referencia a las mujeres blancas, y al hablar de personas afroamericanas se hacía referencia a los hombres. Asimismo, Crenshaw (1991) identificó tres niveles diferenciados y a la vez interrelacionados acerca de la interseccionalidad. A continuación se detallan las principales características:

Tabla 1

*Características de los tres enfoques de la interseccionalidad*

<b>Estructural</b>	<b>Político</b>	<b>Representacional</b>
Permite analizar estructuras de exclusión social. Por ejemplo: La discriminación sufrida por las mujeres afroamericanas frente a la diferenciación de las mujeres blancas y de los hombres afroamericanos.	Permite realizar un análisis crítico del derecho y las políticas públicas, y de cómo son abordadas para asegurar que exista una defensa integral de la igualdad de género. Por ejemplo: cómo el racismo, el sexismo, la homofobia y la explotación de clase se legalizan o reproducen mediante el derecho constituido.	Permite explorar la construcción cultural de los grupos oprimidos. Por ejemplo: el análisis de la “construcción social de las mujeres de color”.

Fuente: Elaboración propia (2018) con base en Crenshaw (1991).

En consecuencia, mediante estos análisis se logró evidenciar la invisibilidad de las mujeres afrodescendientes, permitiendo utilizar posteriormente a esta nueva concepción teórica de la “interseccionalidad” como una herramienta para analizar otros contextos o escenarios de discriminación, como un modelo de análisis de diferencias sociales, principalmente en disciplinas de las ciencias sociales, estudios raciales y etnográficos. Este concepto lo ratifica Sarah Radcliffe, quien ha realizado múltiples estudios etnográficos en Latinoamérica y reflexiona que:

La palabra interseccionalidad, nació en la lucha de las mujeres negras en Estados Unidos para confrontar la violencia que experimentaban en dichos contextos. Y fue una manera de decir que uno no puede tomar en cuenta el género solamente: su punto era que las mujeres no son iguales en todas las partes del mundo, sino que había que considerar el hecho de que hay algunas violencias contra las mujeres que son más fuertes cuando una mujer es negra o indígena o montubia o campesina, que cuando ella es blanca. (Radcliffe, S. (26 de septiembre de 2015). Entrevista realizada por Laura Rodríguez Ávalos. *Revista*

*Ocaru*).

En este sentido, con relación a esta investigación, se utiliza la interseccionalidad como herramienta analítica de la mortalidad indígena materna, que va más allá de la raza y el género, sino que también intervienen otros factores como la clase social o el entorno en la atención médica. Por consiguiente, nuestro estudio se realiza alrededor de la interacción sociocultural-profesional mediante el vínculo médico-paciente en el contexto de un modelo de gestión de salud intercultural, dado que:

El análisis interseccional tiene como objetivo revelar las variadas identidades, exponer los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la combinación de identidades, y nos ayuda a entender y a establecer el impacto de dicha convergencia en situaciones de oportunidades y acceso a derechos, y a ver cómo las políticas, los programas, los servicios y las leyes que inciden sobre un aspecto de nuestras vidas que están inexorablemente vinculadas a los demás. (Association for Women's Rights in Development, 2004, p. 2)

Además, Radcliffe (2015) considera que:

Las interseccionalidades (género, raza, etnicidad, sexualidad, locación geográfica y clase) establecen rangos en términos de poder, creando diferenciaciones sociales, que son constitutivas de jerarquías poscoloniales (p. 45).

En ese contexto Sarah Radcliffe pretende explicar que el estudio de las diferentes interseccionalidades (género, raza, etnicidad, sexualidad, locación geográfica y clase) es una manera de identificar y analizar las relaciones de poder que van sistemáticamente excluyendo a grupos determinados de personas, tanto en el ámbito familiar como de la sociedad. En tal sentido, en relación al presente estudio, esto implica la exclusión sistemática de la atención en el embarazo de las mujeres indígenas como grupo discriminado frente a la atención a otras mujeres que no pertenecen a este grupo étnico. Así mismo, Radcliffe ratifica la importancia del estudio de las jerarquías poscoloniales, ya que para ella el estudio de la interseccionalidad requiere de un estudio más amplio desde la colonización y los cambios en los procesos hasta llegar a un desarrollo poscolonial, en el cual, a pesar de las múltiples constituciones que defienden la igualdad

sin discriminación o diferencias sociales, aún existen casos diferenciados de discriminación y marginalización. (Radcliffe, 2015).

### 2.2.3. Articulación teórica: neoinstitucionalismo sociológico frente a la interseccionalidad

El análisis de las teorías del neoinstitucionalismo y la interseccionalidad ha permitido entender la importancia de la implementación de un enfoque intercultural en la gestión pública de salud con dirección a la disminución de la mortalidad materna indígena, que finalmente recae en la hipótesis que guía la presente investigación; es decir, comprobar si un cambio institucional con enfoque intercultural implementado en los establecimientos de salud ha permitido reducir las brechas de atención de salud y de la disminución de las muertes maternas en el cantón Colta.

A continuación en la figura 2 se explica el análisis de la articulación teórica del neoinstitucionalismo sociológico y la interseccionalidad que envuelve el análisis del presente estudio.

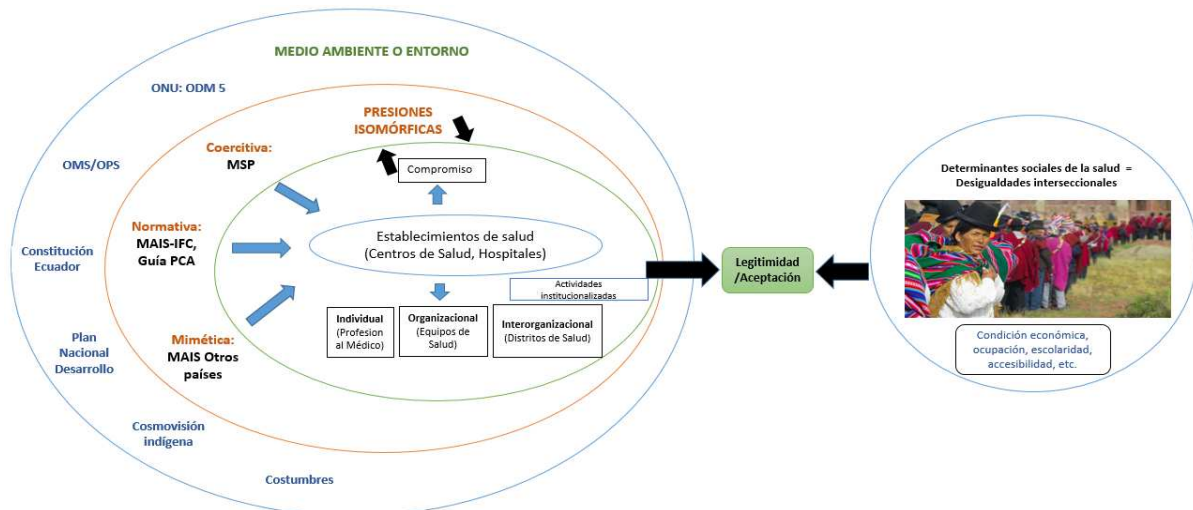


Figura 2. Esquema de la articulación teórica del neoinstitucionalismo frente a la interseccionalidad Fuente: Elaboración propia (2018) avadada en la descripción de Jeffrey A. Miles en su libro *Management and Organization Theory* (2012).

La gestión pública de salud con enfoque intercultural responde a la implementación del neoinstitucionalismo sociológico dado que busca la legitimación u aceptación por parte de las comunidades indígenas que para el estudio realizado recae principalmente en la aceptación de los servicios de salud por parte de las mujeres embarazadas; y las comunidades indígenas buscan la aceptación de sus creencias y tradiciones en los centros de salud y en la atención médica igualitaria y sin discriminación



cultural. Es decir, las instituciones o centros de salud responden a las diferentes presiones isomórficas como: la coercitiva mediante el MSP como órgano rector de la salud, la normativa por medio de reglamentos, guías, modelos y protocolos como el MAIS-IFC y la guía del parto culturalmente adecuado (PCA), y la presión mimética que hace referencia a la emulación de modelos de atención de salud culturales exitosos en otros países como Chile, Perú, etc. En consecuencia, los centros de salud responden a estas presiones dirigiendo su accionar de forma individual (profesional médico), organizacional (equipos de salud) e interorganizacional (distritos de salud).

Es importante señalar que toda la gestión pública de salud y la implementación de políticas públicas gira en torno a un ambiente o reglas sociales tanto nacionales como internacionales que influyen en la elaboración, implementación y ejecución de las políticas públicas de salud, entre estas están la ONU (Organización de las Naciones Unidas) y el ODM 5, la OMS (Organización Mundial de la Salud), OPS (Organización Panamericana de la Salud), la Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo, la cosmovisión indígena, costumbres y tradiciones. Por otro lado, se encuentran las comunidades indígenas y los determinantes sociales de salud como la condición económica, ocupación, escolaridad, accesibilidad, etc., que influyen en la mortalidad materna indígena y que reflejan las desigualdades interseccionales que viven las mujeres indígenas en embarazo que puede terminar en el incremento de la tasa de mortalidad materna indígena al no ser atendidas de manera oportuna, igualitaria y sin discriminación como base al respeto de sus creencias y tradiciones al momento de la atención médica.

### **3. Descripción del cantón Colta y análisis de los determinantes sociales de la salud de la comunidad indígena Balda Lupaxi Bajo**

El cantón Colta se encuentra ubicado en la parte noroccidental de la provincia de Chimborazo, a 18 kilómetros de la ciudad de Riobamba y a 206 de Quito, la capital de la República del Ecuador. Tiene como cabecera cantonal a la ciudad de Cajabamba formada por seis parroquias: Columbe, Juan de Velasco, Santiago de Quito, Cajabamba, Cani y Sicalpa. (Estrella, 2011).

Tabla 2

*Población del cantón Colta por sexo en área urbana y rural*

Sexo	Censo 2010			
	RURAL		URBANO	
	Población	%	Población	%
Hombre	20.531	48,13	1111	48,03
Mujer	22.127	51,87	1202	51,97
<b>Total</b>	<b>42.658</b>	<b>100</b>	<b>2313</b>	<b>100</b>
<b>Total población</b>	<b>44.971</b>			

Fuente: Censo INEC (2010).

De acuerdo con los datos del censo INEC 2010, el cantón Colta presenta una población total de 44 971 habitantes en las áreas urbana y rural. En el área rural, la población es de 42658 habitantes, de los cuales 20.531 son hombres y 22.127 son mujeres. En relación al área urbana, la población total es de 2313 habitantes, de los cuales 1111 son hombres y 1202 son mujeres. Asimismo, la población del cantón Colta se ha autoidentificado en su mayoría como indígena y representa el 87,38 % del total de la población.

Tabla 3

*Autoidentificación poblacional del cantón Colta*

Auto identificación según su cultura y costumbres	Total población (urbana y rural)	%
<b>Indígena</b>	<b>39.296</b>	<b>87,38</b>
Afro ecuatoriano	19	
Negro	2	0,00
Mulato	22	0,05
Montubio	19	0,04
Mestizo	5497	12,22
Blanco	108	100,00
Otro	8	0,02
<b>Total</b>	<b>44.971</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Censo INEC (2010)

### 3.1. Comunidad indígena Balda Lupaxi Bajo

La comunidad indígena Balda Lupaxi Bajo corresponde a la zona rural de la parroquia Columbe, cantón Colta, provincia de Chimborazo, perteneciente al pueblo de Puruhá de nacionalidad kichwa. En la comunidad habitan alrededor de 588 personas, de acuerdo con la información recabada mediante taller comunitario para el estudio del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2014-2019 del Gobierno Autónomo

Descentralizado de Columbe. Acerca de su historia y formación como comunidad es importante acotar:

Luego de la invasión española, los territorios conquistados fueron distribuidos a conveniencia entre blancos y mestizos, mientras que los indígenas fueron esclavizados para trabajar en las haciendas que se iban formando. Con la promulgación de la reforma agraria, las tierras pasaron a manos de los trabajadores indígenas. En el año de 1973 el Ministerio de Agricultura y Ganadería reconoce a la comunidad con el nombre de “Balda Lupaxi Bajo”. La comunidad debe su nombre al apellido de una familia de muy buena posición económica de la ciudad de Guayaquil que vendía lotes de terreno a los indígenas de la localidad para que construyan sus viviendas junto a la hacienda “La Providencia”, los indígenas del sector se acostumbraron a denominar a la comunidad como Balda. (Copo, 2010, p. 48)

Para la caracterización de la comunidad indígena Balda Lupaxi Bajo, y considerando que la investigación es de carácter cualitativa de tipo exploratoria y descriptiva, se determinó utilizar la encuesta semiestructurada como técnica de investigación social, para lo cual se estableció trabajar con el “muestreo por cuotas” como técnica de muestreo no probabilístico. Así, se desagregó a las mujeres indígenas de edad fértil en dos estratos específicos: de 15 a 29 años y de 30 a 49 años para una población total de 139 mujeres,<sup>10</sup> estableciéndose muestras para los grupos de 9 y 29 encuestas, respectivamente. Por este motivo, se busca explicar el impacto de los factores determinantes de la mortalidad indígena en relación al entorno sociodemográfico en que viven las mujeres de esta comunidad.

### **3.2. Análisis de los determinantes sociales de la salud: factores estructurales e intermedios**

Los determinantes sociales de la salud son los factores que influyen en la salud y en el bienestar de las personas. La OMS, en el marco conceptual elaborado en el año 2015 por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), distingue determinantes sociales estructurales e intermedios. Los determinantes sociales son los que definen las circunstancias de vida de los grupos e individuos, tales como sus condiciones de trabajo,

---

<sup>10</sup> Población determinada por el estudio técnico del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2014-2019 del Gobierno Autónomo Descentralizado de Columbe.

de vivienda, el acceso al sistema de salud y las conductas, hábitos y estilos de vida que desarrollan. Estas condiciones se conocen bajo el nombre de determinantes intermedios de la salud (Solar e Irwin, 2007).

**Situación económica:** Acerca de la condición económica, es importante señalar en primer lugar el estado civil de las mujeres, ya que el núcleo familiar y social influye en el desarrollo del embarazo y parto, debido a que por lo general las decisiones son tomadas por el jefe del hogar, como por ejemplo, decidir si asistir o no a un centro de salud en caso de emergencia obstétrica. De modo que el 68,4% de las mujeres son casadas, el 23,7% son solteras, 5,3% se encuentran en “unión libre” y el 2,6% son divorciadas. Con relación a los ingresos mensuales del hogar, el mayor porcentaje corresponde al 18,4% que recibe un ingreso de \$200, el 10,5% recibe \$50 y solo el 2,6% recibe \$800.

**Ocupación:** La principal ocupación laboral es el trabajo del hogar no remunerado equivalente al 63,2%. Otras ocupaciones laborales corresponden al 10,5% como trabajadora no remunerada en otro hogar, 10,5% por cuenta propia, 7,9 % como empleada privada y 7,9% como jornalera.

**Escolaridad:** Respecto a la educación, el 97,4% de las mujeres de la comunidad saben leer y escribir, el 81,6% tiene educación básica o primaria, el 13,2% posee bachillerato, el 2,6% posee instrucción técnica o tecnológica y solo el 2,6% no posee ningún tipo de educación.

**Accesibilidad:** Acerca de las vías de acceso a las viviendas, el 97,4% posee calle o carretera lastrado o de tierra. Respecto al acceso a los centros de salud más cercanos, son tres los principales centros a los que acuden con relación al tiempo y distancia de su comunidad, estos son: 1) El centro de salud Tipo A Columbe, con una elección del 34,2% de las mujeres indígenas. El tiempo de llegada a este centro es de alrededor de 31 a 45 minutos, y se puede llegar en bus con un costo de \$0,25. Por lo general, las mujeres acuden a este centro de salud debido a que: se encuentran registradas a este y por tanto les corresponde ir, queda cercano al lugar de su residencia; y acuden dependiendo de la atención requerida, gravedad de la enfermedad o control del embarazo. 2) El subcentro de salud de Polucate, donde asisten el 26,3% de las mujeres, especialmente porque es el centro de salud más cercano con un tiempo de llegada de 16 a 30 minutos, al cual acuden generalmente caminando. Además, las mujeres concurren a este centro principalmente cuando sufren enfermedades comunes como la gripe o dolores de cabeza, ya que es un centro de primer nivel de atención básica. 3) El Hospital Básico de Colta Publico Escobar al cual se dirigen alrededor del 10,5% de las mujeres indígenas, con un tiempo de llegada

de 45 minutos a 1 hora, se llega en bus con un costo aproximado de \$1,00. La elección de ese centro de salud se da principalmente a la preferencia y confianza dado que aquí cuentan con la opción de dar el parto de forma culturalmente adecuada en referencia a sus costumbres y tradiciones.

**Circunstancias materiales:** En cuanto a la vivienda, el 97,4% de las mujeres viven en casa propia de ladrillo o bloque, por lo general esta se encuentra conformada por dos cuartos, una cocina y un baño, la cubierta o techo es de asbesto; el 47,4% del piso de la vivienda es de cemento, solo el 23,7% es de tierra, y generalmente, viven cinco personas por vivienda. Respecto al servicio de agua potable, el 60,5% de las casas posee tubería dentro de la vivienda, alrededor del 55,3% posee servicio higiénico con acceso a la red pública de alcantarillado y el 39,5% posee un pozo séptico. El 89,5% de las casas están conectadas a la red de servicio público de energía eléctrica y el 100% tiene el servicio de recolección de basura; el 94,7% de los hogares cocina con gas y el 65,8% de las mujeres son beneficiarias del Bono de Desarrollo Humano.

### **Relación de las mujeres con las instituciones públicas de salud**

**Salud en general:** Con relación a la salud en general, el 92,1% de las mujeres indígenas de la comunidad no se encuentra afiliada a ningún servicio de salud; el 5,3% se encuentra afiliada al seguro campesino del IESS y solo el 2,6% posee un seguro general del IESS. En consecuencia, alrededor del 65,9%, consideran no estar afiliadas por falta de interés, falta de recursos económicos y por desconocimiento.

**Salud sexual y reproductiva:** Acerca de la educación sexual y reproductiva, el 81,6% de las mujeres reconocen tener conocimiento o escuchado hablar acerca de los métodos de planificación familiar. El 55,3% lo ha escuchado en centros de salud, el 10,5% en escuelas o colegios y el 7,9% mediante visitas de funcionarios del MSP a la comunidad.

Respecto de la salud sexual y reproductiva, según la entrevista anónima realizada en el Hospital Básico Publio Escobar, basada sobre el respeto del consentimiento informado en la cual se omite el nombre del profesional médico, se recoge el pronunciamiento siguiente:

Existen muchos casos de aborto en las comunidades, y que ellas lo han detectado a través de las visitas domiciliarias. Por ejemplo, hay casos en que las mujeres cuando vienen a consulta y se les hace las preguntas de rigor como la fecha de la última menstruación, o

si ha tenido relaciones sexuales, niegan la posibilidad de estar embarazadas. Entonces se procede a realizarles el examen de orina que confirma su estado y se procede a agendarlas para realizar las visitas domiciliarias de control prenatal ya que de acuerdo al MSP esta se debe realizar al menos una vez al mes. Y cuando se llega al domicilio para realizar dicho control, se encuentra con la noticia de que ya no se encuentra embarazada ya que había abortado. Generalmente lo hacen tomando “agua de ruda” o “agua de chocho” con grandes dosis según ellas mismo cuentan. (Anónimo, 2017)

**Edad, primer embarazo y número de hijos:** Respecto a estos parámetros se concluye que el rango de embarazo de la mujer en esta comunidad por lo general oscila entre los 18 y 35 años. El 31,5% respondieron que su primer embarazo se efectuó entre los 18 y 22 años de edad y el 29% tuvo su primer parto entre los 18 y 20 años. En este aspecto, es importante destacar que algunos embarazos no terminaron en parto (las causas no quisieron responder abiertamente); solo el 5,2% explicó que las causas fueron por no complacer un antojo y por no saber que estaba embarazada y tomar “agua de ayahuasca”, considerada abortiva en esta comunidad. El rango del número de hijos varía de 1 a 8, donde el 28,9% de las mujeres indígenas encuestadas responde haber tenido 3 partos en su vida, el 21,1 %, 2 partos y tan solo el 5,2 % responde haber tenido entre 6 y 8 hijos.

**Uso de servicios públicos de salud:** De acuerdo con la pregunta realizada a las mujeres sobre qué o cuáles fueron las razones por las que no acudió a un establecimiento de salud pública, el 18,4% dijo no asistir por miedo a ser maltratada, el 5,3% por la cultura y tradición, y el 5,3% porque los centros de salud quedaban lejos de su residencia.

Es importante señalar que el MSP ha implementado la promoción del uso de los servicios públicos de salud y, según la entrevista realizada en el centro de salud Columbe, el profesional médico manifiesta que:

El servicio de ‘Kit de infancia plena’ que contiene (el bolso, ajuar de bebé, juegos lúdicos para niños, videos, jabón, un títere, libros para la madre), implementado recientemente como estrategia piloto, mediante la cual se busca concientizar a las madres para que se estimule el parto institucional sea tradicional o cultural y se minimice el parto domiciliario y sus riesgos con el fin de disminuir la tasa de muerte materna, para lo cual la condición necesaria para entregar dicho kit es que la madre se realice como mínimo cinco controles prenatales en cualquier centro de salud y que el parto sea institucional. (Anónimo, 2017).

#### 4. Salud materna intercultural: análisis de protocolos y programas de salud implementados por el MSP del Ecuador

##### 4.1. Análisis de hospitales y centros de salud del cantón Colta

En base al sistema de información GeoSalud 3.0 del MSP, la cobertura de salud pública en el cantón Colta registra 13 establecimientos de salud: 7 puestos de salud (4 en la zona rural y 3 en zona urbana), 2 centros de salud (ubicados en zona rural), 2 centros de salud Tipo A (ambos en zona rural), 1 unidad anidada de atención (zona urbana) y 1 Hospital Básico (zona urbana). Adicionalmente cuenta con 2 ambulancias para transporte primario y atención pre hospitalaria.

Como resultado de la encuesta realizada a las mujeres de la comunidad indígena Balda Lupaxi Bajo, se logró establecer que los principales centros de salud al cual recurren las mujeres en embarazo son: el Centro de Salud Tipo A Columbe y el Hospital Básico Publio Escobar. A continuación se detalla los establecimientos de salud y se muestra el mapa de ubicación de los mismos en el cantón Colta.

Tabla 4

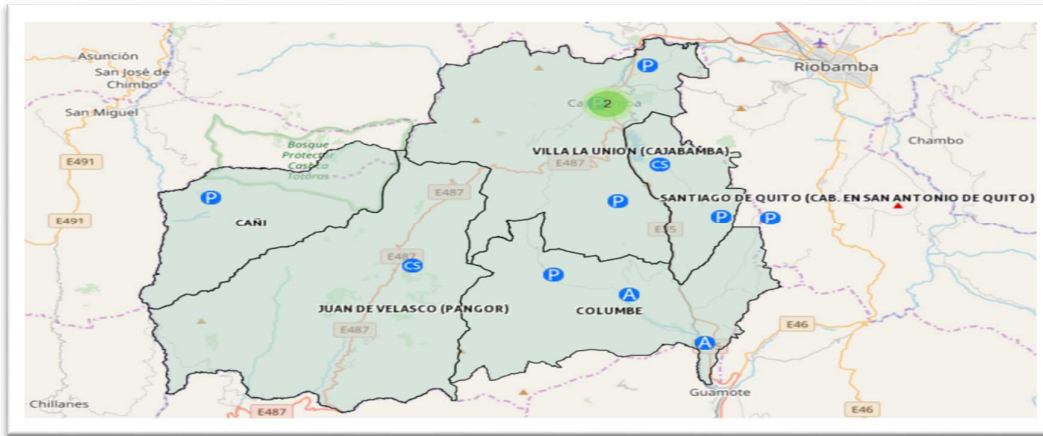
*Establecimientos de Salud del MSP en el cantón Colta*

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NOMENCLATURA	TIPOLOGÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	PARROQUIA	ZONA
Juan de Velasco		Centro de Salud	Nivel 1	Juan de Velasco	Rural
Santiago de Quito		Centro de Salud	Nivel 1	Santiago de Quito	Rural
Columbe		Centro de Salud Tipo A	Nivel 1	Columbe	Rural
San Guisel		Centro de Salud Tipo A	Nivel 1	Columbe	Rural
Cani		Puesto de Salud	Nivel 1	Cañi	Rural
Castug Tungurahulla		Puesto de Salud	Nivel 1	Santiago de Quito	Rural
Cebollar Alto		Puesto d Salud	Nivel 1	Villa la Unión	Urbano
Gatazo Zambrano		Puesto de Salud	Nivel 1	Villa la Unión	Urbano
Rumicorral		Puesto de Salud	Nivel 1	Columbe	Rural
Sicalpa Viejo		Puesto de Salud	Nivel 1	Villa la Unión	Urbano
Tzalaron		Puesto de Salud	Nivel 1	Columbe	Rural
Unidad Anidada Hospital Básico de Colta	  <sup>11</sup>	Unidad Anidada	Nivel 1	Villa la Unión	Urbano
Hospital Básico de Colta "Publio Escobar"	 	Hospital Básico	Nivel 2	Villa la Unión	Urbano

Fuente: Sistema de información GeoSalud 3.0 del MSP.

<sup>11</sup> Las Unidades Anidadas (UA) son implementadas junto a los hospitales básicos con el fin de realizar la referencia y contrareferencia de usuarios o pacientes.

A continuación, en el Mapa 1 se registra la ubicación geográfica de los establecimientos de salud pertenecientes al cantón Colta.



Mapa 1

*Mapa de establecimientos de Salud del MSP en el cantón Colta*

Fuente: Sistema de información GeoSalud 3.0 del MSP.

Para el estudio de programas y protocolos implementados por el MSP, se estableció la estrategia metodológica cuantitativa basada en la información estadística y geográfica de salud del MSP, así como entrevistas realizadas al personal médico de salud. Es así que se realizó la investigación de dos programas específicos: el protocolo de atención denominado “parto culturalmente adecuado” (PCA) y el programa “visitas domiciliarias” (VD). De este modo, se trabajó con el PAC según las necesidades culturales de la población en el Hospital Básico de Colta Publio Escobar dado que es único establecimiento de salud que cuenta con la implementación de este protocolo al ser este un centro de salud de atención de nivel 2. Por otra parte, el seguimiento del programa de salud VD lo llevan a cabo los centros de salud de primer nivel, por tanto, el estudio de este programa se llevó cabo en el centro de salud Tipo A Columbe.

#### **4.2. Parto Culturalmente Adecuado (PCA)**

El PCA se entiende como un desarrollo en la aplicación de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud. Como parte de las formas culturales más importantes, destacan: la posición vertical, asistencia del esposo, ambiente cálido, uso de hierbas, acompañamiento de la partera, entierro de la placenta, etc. (Unicef Ecuador, 2009).



Como resultado de la indagación del PCA, se determinó que durante el período 2014-2017, la producción de parto indígena representó un incremento del 59% al 73% de la totalidad de la producción de partos hospitalarios, correspondiendo el 25% a PCA. Además, es importante señalar que la mujer embarazada indígena pertenece al primer grupo prioritario vulnerable de atención en la salud, lo cual resulta trascendental para la reducción de los índices de mortalidad materna.

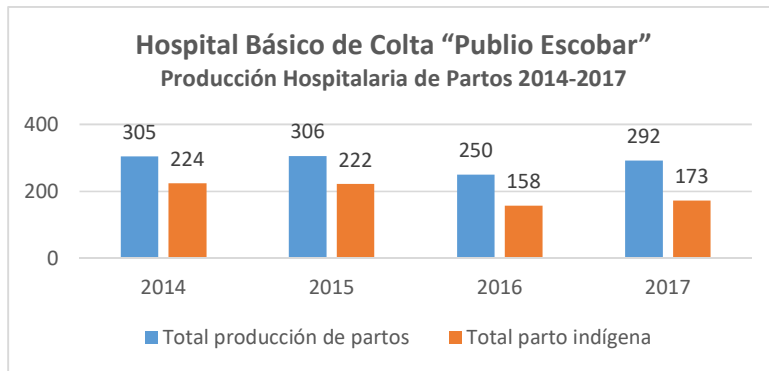


Figura 3. Producción hospitalaria de partos 2014-2017. Hospital Básico de Colta Publio Escobar.  
Fuente: Distrito de Salud 06D04 Colta-Guamote.

Por otro lado, en la figura 3 se evidencia que a finales del año 2017 existió una reducción del 23% de la producción hospitalaria de partos indígenas con relación al año 2014. Este resultado se debe principalmente a que el MSP, mediante la implementación del MAIS-IFC en los establecimientos de salud y de las visitas domiciliarias, ha establecido charlas de capacitación de salud sexual y reproductiva.

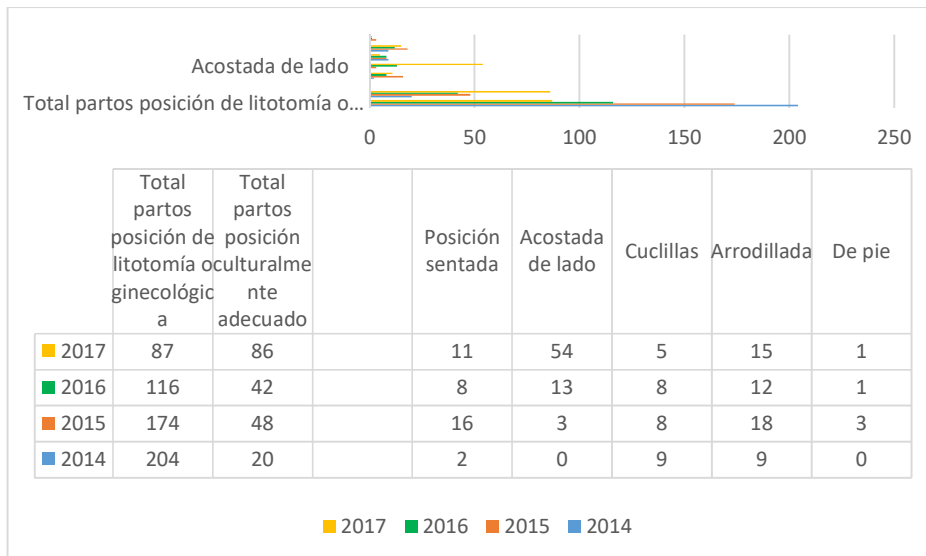


Figura 4. Posición de parto indígena. Hospital Básico de Colta Publio Escobar.  
Fuente: Distrito de Salud 06D04 Colta-Guamote.

Sobre la posición del PCA (posición sentada, de pie, arrodillada, cuclillas, acostada de lado), como se muestra en la figura 4, se determina que durante el período 2014-2017, la posición de litotomía o ginecológica de parto ha sido la más utilizada por las mujeres indígenas, pero también se evidencia que durante el último año 2017 existe ya una equivalencia del número de partos en posición ginecológica (87) versus la posición culturalmente adecuada (86). Por tanto, se puede concluir que ha existido un incremento gradual por parte de las comunidades indígenas en la aceptación del protocolo de atención “parto culturalmente adecuado”, brindado por el Hospital Básico de Colta Publio Escobar y que la posición mayoritariamente elegida por las mujeres indígenas corresponde a la posición acostada de lado (54).

Asimismo, en la figura 5 con relación a las prácticas tradicionales del PCA durante el período 2014-2017, los resultados son los siguientes: a) Del período 2014-2017 ha disminuido de 5 (año 2014) a 0 (año 2017) el número de nacidos muertos, lo que proyecta un aumento en la eficacia de la atención médica. b) No existe entre las comunidades indígenas la práctica tradicional de solicitar la placenta después del parto, se evidencia una disminución aproximada del 15%; es decir, de 305 (año 2014) a 259 (año 2017) solicitudes de no acogerse a este derecho en correspondencia al respeto de su diversidad cultural; sin embargo, para el año 2017 se registra un aumento significativo de 33 solicitudes de placenta en comparación con los años anteriores. c) En términos generales, se concluye que existe una disminución de alrededor del 27% del 2014 al 2017 en relación al acompañamiento de la mujer por un familiar durante el parto de su hijo; esto se complementa con el incremento del número de mujeres que no estuvieron acompañadas por un familiar durante el parto, de 4 (año 2014) a 43 (año 2017).

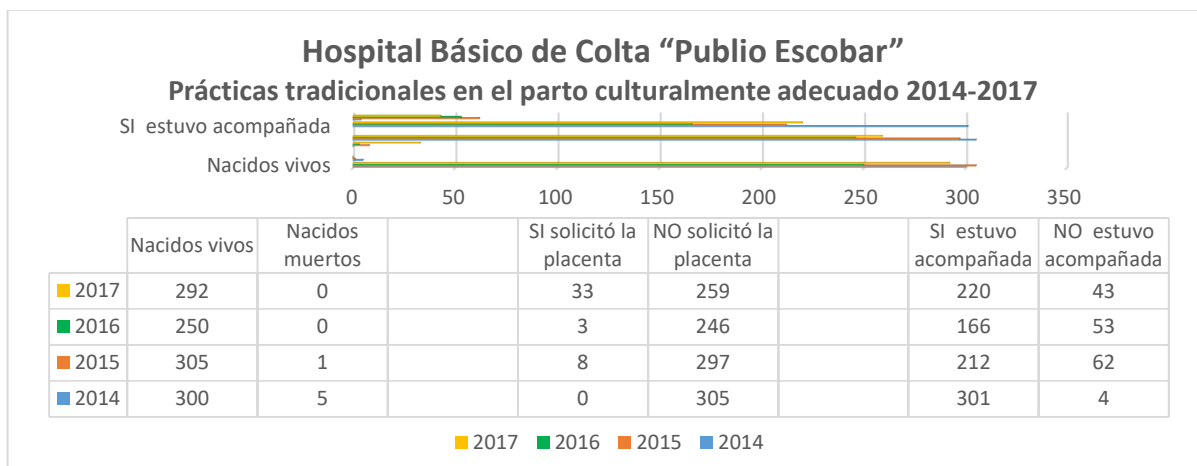


Figura 5. Prácticas tradicionales en el parto culturalmente adecuado 2014-2017. Hospital de Colta Publio Escobar. Fuente: Distrito de Salud 06D04 Colta-Guamote.

Sobre el protocolo de atención PCA y sobre la base al respeto del consentimiento informado en el cual se omite el nombre del profesional médico, la persona entrevistada manifiesta que:

El servicio de ‘parto culturalmente adecuado’ que se encuentra implementado en el hospital respeta la cosmovisión cultural indígena del parto. En consecuencia, la mujer elige la posición en la cual quiere dar a luz sea esta sentada, parada o en cuclillas; decide la entrada de un único familiar, sea este el esposo, la madre, la cuñada o la partera, ya que además entran a la sala de parto el pediatra, el médico ginecólogo, el auxiliar y la enfermera, todos respetando las medidas de protección; y finalmente decide qué hacer con la placenta: si llevarla o dejarla en el hospital. (Anónimo, 2017)

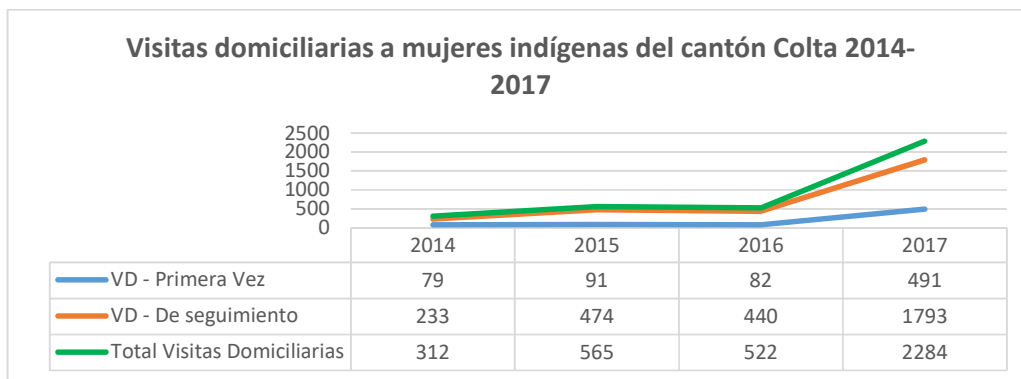
Otra perspectiva profesional respecto a este protocolo de atención revela que:

La perspectiva de las mujeres indígenas, principalmente de las jóvenes, ha cambiado, ya que ha existido ocasiones en que han llegado para ser atendidas y en ocasiones se enojan y se niegan a recibir este servicio porque ‘ellas han llegado al hospital para ser atendidas como parto normal, sino de gana vengo acá hubiera dado en la casa de rodillas mismo’. Además, señala que para el personal médico del hospital la asistencia del parto tiene la más alta prioridad y respetan la capacidad de decisión de la mujer en relación a su cuerpo; por ejemplo si la paciente se quiere o no hacer ligar, ya no es como antes donde tenía que consultarlo con el marido. (Anónimo, 2017)

#### **4.3. Visitas domiciliarias (VD)**

La visita domiciliaria es considerada como la actividad básica del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS); responde a un conjunto de actividades que se realiza en el domicilio para dar soporte y seguimiento al paciente y a su familia en relación con problemas de salud. Según el MAIS-IFC (2012), mediante la visita domiciliaria se realiza “un intercambio de información entre la familia y el equipo de salud de primer nivel. En esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos.” (MAIS-IFC, 2012).

En la figura 6, se muestra que durante el período 2014-2017, el programa de VD a mujeres indígenas ha incrementado radicalmente en el 86%, de un total de 312 (año 2014) a 2284 (año 2017). Esto evidencia como el MSP ha fortalecido los programas de atención de salud familiar, comunitaria e intercultural.



*Figura 6.* Visitas domiciliarias a mujeres indígenas del cantón Colta, período 2014-2017.  
Fuente: Distrito de Salud 06D04 Colta-Guamote.

La entrevista efectuada sobre el programa “visitas domiciliarias” y el respeto del consentimiento informado en la cual se omite el nombre del profesional médico, deja el punto de vista siguiente:

Desde su experiencia, las mujeres no asisten a los centros de salud en su embarazo, principalmente por el idioma como limitante de atención adecuada, en el sentido de que no existe la confianza para ser entendida. En ese sentido, resalta la intervención de los TAPS (Técnico de Atención Prioritaria de Salud) quien se caracteriza por ser un técnico formado por el MSP (3 años de capacitación) perteneciente a la comunidad que habla el mismo idioma y sirve de “vínculo de confianza” para que el equipo médico EAIS entre y se integre a la comunidad en las visitas domiciliarias que se realiza. Es necesario señalar que el EAIS siempre estará conformado por un médico, el TAPS y la enfermera. Asimismo, otro factor importante que el MSP ha implementado en busca de la reducción de la muerte materna en las comunidades indígenas es la certificación de parteras calificadas; actualmente de las 41 comunidades que maneja el centro de salud existen 2 parteras calificadas por el MSP y 3 parteras certificadas por la comunidad (y que se encuentran en vía de certificación por el MSP), lo cual permite un mayor control y disminución de riesgos de los partos domiciliarios dentro de la comunidad. (Anónimo, 2017)

Otra perspectiva profesional acerca de este programa de atención revela que:

De acuerdo a las visitas domiciliarias realizadas en las comunidades, existen mujeres en gestación que niegan su embarazo y mucho menos aceptan los controles prenatales, lo que afecta la vida tanto de la mujer como la del bebé ya que llegan al centro de salud cuando están a punto de morir. Actualmente, el MSP ha creado e implementando los EBAS “Equipos Básicos de Salud” y los EAIS “Equipo de Atención Integral de Salud” cuyo

objetivo es visitar en sus domicilios a las mujeres embarazadas para llevar un control efectivo del mismo y lo recomendable es llevar su seguimiento a partir de las 8 semanas de gestación. (Anónimo, 2017)

Por eso, el programa de las VD como herramienta básica de atención directa en las comunidades indígenas ha permitido captar y registrar grupos priorizados como las mujeres en embarazo para el respectivo seguimiento con la finalidad de disminuir la tasa de mortalidad materna. Es así que, tanto el PCA como las VD implementados por el MSP han permitido la disminución de la tasa de mortalidad materna del cantón Colta.

En la figura 7 se evidencia que durante el período 2014-2017 se registraron únicamente dos muertes maternas indígenas (efectuadas durante el embarazo, sus causas fueron: eclampsia y por infección en las vías genitourinarias) y a 2017 la tasa de mortalidad materna fue de 0 (cero).

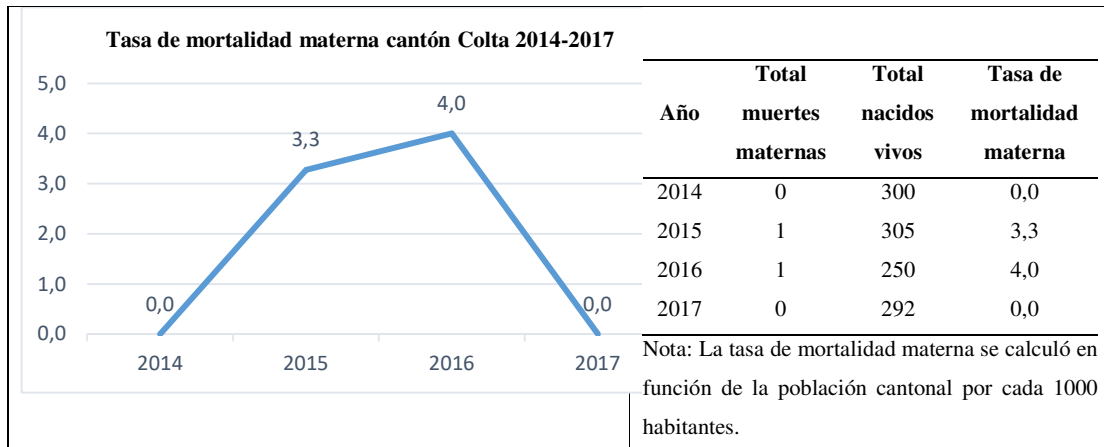


Figura 7. Tasa de mortalidad materna del cantón Colta, período 2014-2017.  
Fuente: Distrito de Salud 06D04 Colta-Guamote.

En términos generales, y haciendo un balance de la tendencia de mortalidad materna del cantón Colta durante el período 2011-2017, se muestra en la figura 8 que la implementación de programas y protocolos de salud ha incidido en la disminución del número de muertes maternas de 4 (2011) a 0 (2017).



Figura 8. Curva de tendencia de mortalidad materna del cantón Colta, período 2011-2017.  
Fuente: Distrito de Salud 06D04 Colta-Guamote.

## 5. Conclusiones

Se acepta la hipótesis de que el cambio institucional con enfoque intercultural implementado en los establecimientos de salud ha permitido reducir las brechas de atención de salud y de la disminución de las muertes maternas en el cantón Colta, debido a que durante el de estudio 2014-2017 se reportó únicamente dos muertes maternas, en contraste con el período 2011-2013 que se reportaron siete muertes maternas en solo tres años.

Esta disminución de la tasa de mortalidad materna se dio debido a un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud acorde a la necesidad de la comunidad indígena, respetando la diversidad cultural. Es decir, la incorporación de un enfoque intercultural en salud solo tiene significación en la medida en que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan el modelo de atención con los aportes de las culturas que coexisten en un territorio determinado.

Con relación a los factores determinantes de la salud que impiden a las mujeres indígenas embarazadas recibir atención médica durante el embarazo y el parto en el cantón Colta, provincia de Chimborazo perteneciente a la comunidad de Balda Lupaxi Bajo, y de conformidad a la encuesta realizada, se concluye que tanto los factores determinantes estructurales como intermedios de salud no constituyen el factor principal influyente de la mortalidad materna indígena.

La situación económica no es un factor predominante en relación con la causa de la muerte materna, debido a que alrededor del 97% de los hogares donde viven las mujeres indígenas tienen casas propias y cuentan con los servicios básicos como agua potable, luz eléctrica, y recolección de basura. El porcentaje más alto del ingreso del hogar es de \$200

y el 68,5% de las mujeres son beneficiarias del Bono de Desarrollo Humano, al ser la gran mayoría trabajadoras del hogar.

La escolaridad tampoco se convierte en un factor determinante de la mortalidad materna, ya que el 97,4% de las mujeres de la comunidad saben leer y escribir, y el 81,6%

Finalmente, la accesibilidad a los centros de salud no puede ser considerada como otro determinante, debido a que existe la infraestructura vial y de transporte adecuada a los diferentes centros de salud. Además, el MSP mediante el programa de las visitas domiciliarias de atención médica reduce las barreras de accesibilidad a una atención integral de salud. Si bien sufren desigualdades desde el punto de vista de las interseccionalidades, en esta investigación se demuestra que aquello no es determinante en la mortalidad materna indígena.

Por otra parte, dentro del período analizado se reportaron solo dos muertes maternas; una por infección de vías urinarias y la otra por eclampsia. Por consiguiente, se determina que el factor determinante de la muerte materna es la falta de atención médica oportuna, ya que de acuerdo con las entrevistas realizadas a los profesionales médicos de los establecimientos de salud esto se debe principalmente por tres razones: 1) No existe la confianza en la atención médica profesional en los centros de salud y prefieren atenderse con las parteras de la comunidad. 2) No existe un vínculo de confianza principalmente en el idioma que les permita explicar claramente sus síntomas y necesidades. 3) Existe negación de encontrarse en estado de embarazo, por tanto no permiten a los profesionales de la salud realizar los controles prenatales, lo que ha desembocado en acudir a los centros de salud cuando el estado de la mujer es de alto riesgo. A veces es demasiado tarde.

Acerca de los protocolos y programas que el MSP ha implementado para mejorar la atención médica de las mujeres indígenas en la salud sexual y reproductiva en el cantón Colta, se logró evidenciar que tanto el PAC como las VD cumplen con los estándares del MAIS-IFC en el cumplimiento de brindar una atención médica adecuada y de forma gratuita, logrando reducir la tasa de mortalidad materna del cantón Colta. En otras palabras, la implementación de protocolos y programas de salud cultural han contribuido a la disminución de las barreras que alejaban a las mujeres indígenas de la atención médica con respecto a las prácticas culturales de las comunidades indígenas como el PAC; y que las VD realizadas mediante los EBAS y EAIS, aparte de permitir reducir los riesgos de muerte materna y de ofrecer charlas respecto a la salud sexual y reproductiva, permiten

en cierta medida disminuir la barrera de accesibilidad a los centros de salud cuando por sus propios medios no pueden hacerlo.

De conformidad con los resultados obtenidos de la investigación, se concluye que el Estado ecuatoriano por intermedio del MSP ha venido trabajando en un cambio institucional en la atención de la salud, esto dirigido al pensamiento del nuevo institucionalismo sociológico que persigue la articulación del individuo, la sociedad y el Estado.

En consecuencia, ha implementado el MAIS-IFC como herramienta de política pública para transformar el sector de la salud, lo que se explica dado que el gobierno influenciado por el entorno de reducir la mortalidad materna, asociada a la cultura y costumbres de las comunidades indígenas, ha sufrido una presión isomórfica de carácter cognitivo o mimético, que ha permitido adoptar en las instituciones de salud (donde la población pertenece mayoritariamente a la población indígena) un cambio de la atención médica integral, articulando al individuo como mujer indígena y su comunidad al Estado, por medio de la red de salud, respetando y dando prioridad a las interseccionalidades de mujer indígena como accesibilidad, cultura, atención adecuada e integral, sin marginalizaciones o discriminaciones como se ha evidenciado en otros estudios en Latinoamérica en los cuales el Estado no tiene presencia en defensa de los grupos más vulnerables.

Es necesario que el Estado continúe invirtiendo en la gestión pública de salud intercultural, debido a que para las comunidades indígenas interactuar en cualquier ámbito de la vida hacia el exterior como la atención médica materna en los centros de salud, requieren principalmente potenciar la construcción de lazos de confianza.

## **6. Bibliografía**

Asociation for Women's Rights in Development. (2004). "Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica". *Revista Digital Género y Derechos*. Recuperado el 06/10/2017 de <http://xurl.es/72jm3>

Azamar-Cruz, E., Nigenda-López, G., y Lamadrid-Figueroa, H. (2013). Determinantes de la muerte materna en el estado de Oaxaca. *Avan C salud Med*, 1(2), 40-51.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2010). Salud de la mujer indígena: Intervenciones para reducir la muerte materna. Recuperado de <http://xurl.es/ptnwj>



- Cobo, M. (2010). *Diseño del producto turístico de la operación de turismo comunitario "CEDIBAL", comunidad Balda Lupaxi, parroquia Columbe, cantón Colta, provincia de Chimborazo* (Tesis de pregrado). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial n° 449, 20 de octubre de 2008.
- Crenshaw, K. (1999). "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics". *University of Chicago Legal Forum*, pp. 139-167.
- Crenshaw, K. (2001). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. En M. C. La Barbera, *El enfoque de la interseccionalidad aplicado a las políticas de la 'mutilación femenina'*. En F.J. García Castaño y N. Kressova (Coord.). *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones de Andalucía* (pp. 2191-2193). Granada: Instituto de Migraciones.
- Dimaggio, P., y Powell, P. (1999). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Estrella, A. (2011). *Colta capital de la nación Puruhá*. Oficina de información turística de Colta.
- Freyermuth, G., (1997). Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó. *Nueva Antropología*, 16(53), 141-166.
- Freyermuth, G., Langer, A., Villalobos, I., Arguello, H., y De la Torre, C. (2006). Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20(4), 60-68.
- García, C., Castañeda, X., Romero, X., González, D., y Langer, A. (1993). Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. *Salud Pública de México*, 35(1), 74-84.
- Hall, P., y Taylor, R. (1997). La ciencia política y los tres nuevos institucionalismos. En V. Alarcón, y H. Zamitiz. (Coord.), *La Revista Conmemorativa del Colegio, "Enfoques contemporáneos en Ciencia Política"*, México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública.
- Hautecoeur, M., Zunzunegui, M. y Vissandjee, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud pública de México*, 49(2), 86-93.

- Hernández, B., Langer, A., Romero, M. y Chirinos, J. (1994). Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos. *Salud pública de México*, 36(5), 521-528.
- LaFleur, M., y Vélez J. (2014). Determinantes de la salud materna e infantil de los Objetivos de desarrollo del Milenio en Honduras. *Naciones Unidas*, 1-39.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Manual del Modelo de Atención en Salud. (2012). Acuerdo Ministerial 721-1162. Quito.
- March, J., y Olsen, P. (1997). El redescubrimiento de las instituciones: la base organizativa de la política. En R. Vergara. “Estudio Introductorio”. *Colección Nuevas Lecturas de Política y Gobierno*. México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública.
- McCarthy, J. and Maine, D. (1992). A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning*, (23), 23-33. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2307/1966825>
- Miles, A. Jeffrey (2012) “Management and Organization Theory”. Jossey-Bass. San Francisco, Estados Unidos, 145-152.
- Naciones Unidas (2000). Declaración del Milenio, Nueva York. Naciones Unidas.
- Oliver, C. (1997). Strategic responses to institutional processes. *Academy of Management Review*, 145-179.
- ONU. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015, OMS. Recuperado de <https://bit.ly/1EbEPNj>
- OMS. (s.f.). Determinantes sociales de la salud. Publicación en línea. Disponible en el portal de la Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- OMS. (2016). Mortalidad materna: estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF y el Banco Mundial. Suiza: OMS.
- Ostrom, E. (2005). *Understanding Institutional Diversity*, Princeton University Press. Princeton, New Jersey.
- Peters, B. (2003). *El nuevo institucionalismo: Teoría institucional en Ciencia Política*. Barcelona, España: Gedisa.
- Plan Nacional de Desarrollo. (2013). Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Quito. Senplades.
- Plan Nacional de Desarrollo. (2017). Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021. Quito. Senplades.

- Powell, W., y Dimaggio P. (1999): “Introducción” en W. Powell, y P. J. Dimaggio (Comp.). *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional* (pp. 33-75). México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública-Universidad Autónoma del Estado de México / Fondo de Cultura Económica.
- Pozzio, M. R. (2016). Mortalidad materna: La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Estudios Feministas, Florianópolis*, 24(1), 101-177.
- Scott, R. (1995). *Institutions and Organizations*. California: Sage Publications.
- Radcliffe, S. (2008). Las mujeres indígenas ecuatorianas bajo la gobernabilidad multicultural y de Género. En. P. Wade, F. Urrea, y M. Viveros (Comp.), *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América* (pp. 105-136). Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
- Radcliffe, S. (2015). Dilemmas of Difference: Indigenous Women and the Limits of Postcolonial Development Policy. En I. Vallejo, y M. García. *Mujeres indígenas y neo-extractivismo petrolero en la Amazonía centro del Ecuador: Reflexiones sobre ecologías y ontologías políticas en articulación* (pp. 1-43). Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede Ecuador.
- Romero, I., Sánchez, G., Romero, E. y Chávez, M. (2010). Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatología y reproducción humana*, 24(1), 42-50.
- Roth, A. (2014). *Neo-institucionalismo y transformación democrática del Estado*. Quito: Friedrich-Ebert-Stiftung / Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS).
- Sánchez, H., Ochoa, H., Navarro, A., y Martín, M. (1998). La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende? *Salud pública de México*, 40(6): 494-502.
- Senplades, INEC, PNUD, SNU. (2015). *Objetivos del Milenio – Balance Ecuador 2014*. Quito. Recuperado de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Objetivos-del-Milenio-Balance-2014.pdf>
- Thaddeus S., Maine D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social science & medicine*, 38(8), 1091-1110.