

# Estudio antropológico sobre las representaciones sociales de la población AWA



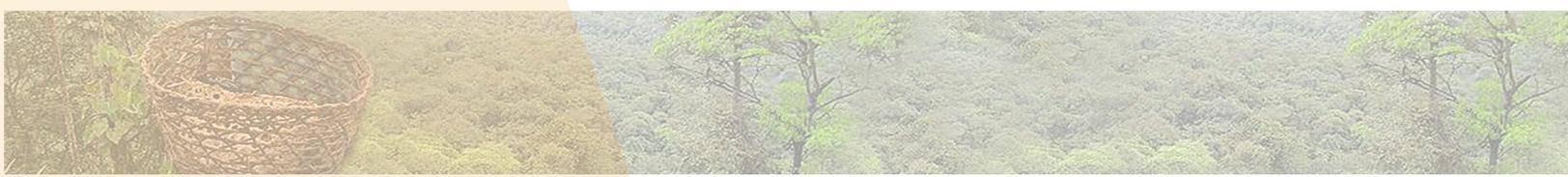
## SALUD MATERNO INFANTIL

Asociación Red Internacional de Organizaciones de Salud RIOS

Estudio antropológico  
sobre las representaciones  
sociales de la población AWA

**SALUD  
MATERNO INFANTIL**

30 de agosto de 2017  
Quito - Ecuador



**Estudio antropológico sobre las representaciones sociales de la población AWA.  
SALUD MATERNO INFANTIL**

Quito, 30 de agosto de 2017

Jairo Cantincus  
**Presidente de la Federación de Centros Awá del Ecuador**

Dr. Lyther Reyes  
**Coordinador Zonal 1 Salud  
Ministerio de Salud Pública del Ecuador**

Dr. Rodrigo Bolaños  
**Director Distrital 04-D01 San Pedro de Huaca-Tulcán-Salud**

María Isabel Cabrera  
**Coordinadora General RIOS Ecuador**

**Coordinación Técnica**

Luis Chontasi  
José Nastacuas

**Organismos de Apoyo**

Cruz Roja Suiza

**Consultores:**

Claudio Gallardo  
Ismenia Iñiguez

**Revisión:**

Equipo técnico RIOS  
Equipo técnico FCAE  
Equipo técnico MSP

**Fotografía:**

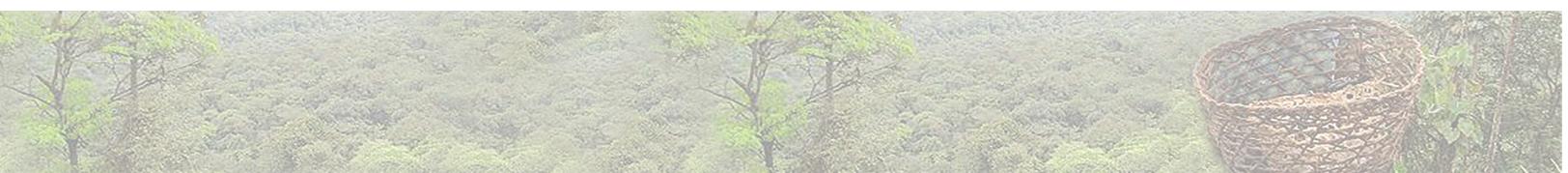
Archivo de Machaca Producciones  
Byron Sigcha  
Marcela Holguín  
Denisse Tobar

**Revisión de texto y corrección de estilo:**

María Isabel Cabrera

**Diseño y diagramación:**

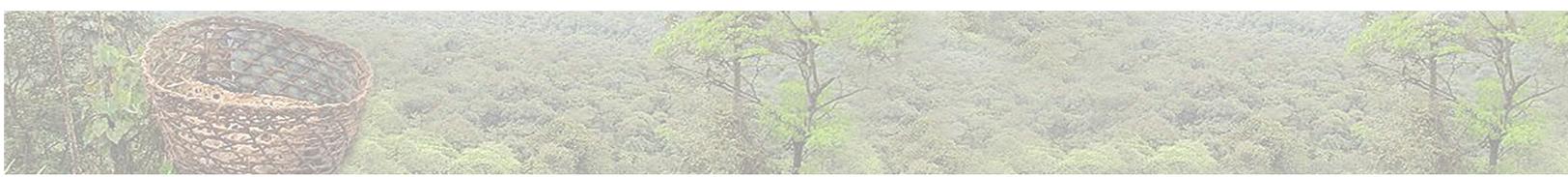
Grupo Editorial Amaranta  
Versalles N17-109 y Santiago  
099 803 5271  
grafamaranta@gmail.com  
Quito - Ecuador



# CONTENIDO

<b>Introducción</b> .....	5
<b>Antecedentes</b> .....	5
<b>Objetivos y Metodología</b> .....	7
<b>Marco conceptual</b> .....	9
<b>1. Sistema de salud ancestral en la población Awá</b> .....	13
1.1 Actores .....	19
1.2 Relaciones de poder .....	27
<b>2. Concepción cultural de salud materno – infantil</b> .....	33
2.1 Embarazo.....	36
2.2 Parto.....	38
2.3 Postparto.....	41
2.4 Cordón umbilical y placenta.....	43
2.5 Planificación familiar.....	45
<b>3. Problemas percibidos sobre la salud materno-infantil</b> .....	49
3.1 Seguridad alimentaria .....	49
3.2 Uso doméstico de leña .....	50
3.3 Sobrecarga de trabajo.....	51
3.4 Analfabetismo y pérdida en el manejo del idioma.....	52
3.5 Vías de acceso .....	56
3.6 Recursos y equipamiento .....	57
3.7 Movilidad de la población.....	58
3.8 Violencia .....	59
3.9 Rotación de personal.....	61
<b>4. Conclusiones</b> .....	63
<b>5. Recomendaciones</b> .....	69
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	77

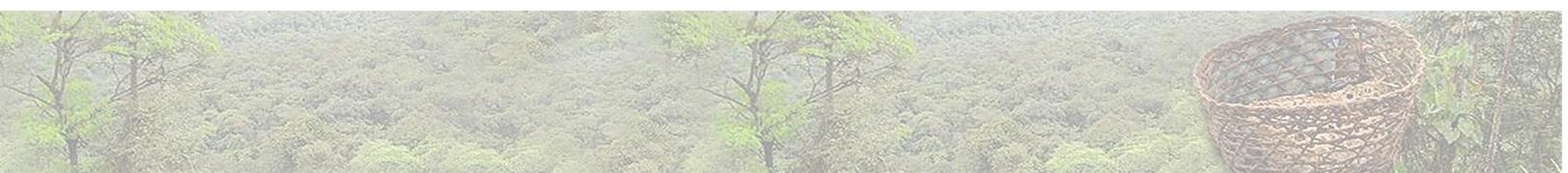




## GLOSARIO DE SIGLAS

CONE	Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial
EAIS	Equipo de Atención Integral de Salud
FCAE	Federación de Centros Awá del Ecuador
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RDACAA	Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias
RIOS	Red Internacional de Organizaciones de la Salud
TAP	Técnico de Atención Primaria
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas





# Introducción

El documento parte de una breve presentación histórica de la población Awá, su ubicación, idioma, población y territorio; y da cuenta de algunas de las teorías y conceptos en los que se sustenta el análisis antropológico de las representaciones sociales de la población Awá en el tema de salud materno-infantil.

En cuanto a la temática de la investigación, y en respuesta a lo establecido en los términos de referencia (TDR), el documento se encuentra organizado en cuatro partes. En la primera se presentan los principales hallazgos respecto al sistema de salud ancestral en la población Awá, que incluye los actores que lo conforman, y un acercamiento a las relaciones de poder que se tejen entre los actores, en torno a la salud materno-infantil. La segunda parte guarda relación con la concepción cultural de la salud materno-infantil de la población Awá, en la que se aborda el embarazo, el parto y el postparto, y las prácticas culturales respecto a la placenta y cordón umbilical; se cierra este apartado con las percepciones, desde la mirada de sí y desde la mirada del otro sobre la planificación familiar. Una tercera parte aborda los principales problemas percibidos que impiden efectivizar en mejor acercamiento de la población Awá a los servicios que brinda el Ministerio de Salud Pública (MSP). El documento finaliza con las conclusiones sobre los principales hallazgos de la investigación, a lo que se ha denominado 'encuentros y desencuentros', y se proponen algunas recomendaciones referidas a posibilidades de articulación de trabajo entre el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), la Asociación Red Internacional de Organizaciones de la Salud (RÍOS) y la Federación de Centros Awá del Ecuador (FCAE), en torno a la salud materno infantil, que es el objetivo último de la investigación.

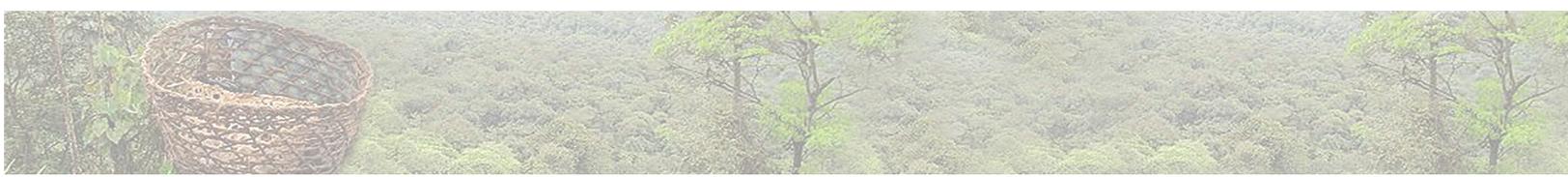
# Antecedentes

La población Awá habita en las Provincias de: Esmeraldas, Imbabura, Carchi y Sucumbíos, (Zona 1)<sup>1</sup>, donde, familias completas se fueron asentando paulatinamente en busca de mejores condiciones de vida para preservar la cultura y tradiciones. Sin embargo, existe también la posibilidad de que la población Awá haya estado en territorio ecuatoriano, antes de la demarcación de límites con Colombia. (FCAE, 2016). En todo caso, desde la mirada Awá, la población transita en un solo territorio que les pertenece y que ha sido dividido por fronteras convencionales. "La gran familia Awá, katza kual, el territorio grande, katza zu, ha sido asentado por dos países, pero es un solo pensamiento, masa mindakana." (HP, Mataje Alto, 2017).

---

1 El Gobierno Nacional, a través de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES, impulsó el proceso de desconcentración del Estado, que fue implementado en el territorio nacional por los diferentes ministerios y secretarías. Desde el 2012, y con fines de administración y planificación, el territorio ecuatoriano se encuentra organizado por zonas, distritos y circuitos. La Zona 1 está integrada por las Provincias de Esmeraldas, Imbabura, Carchi y Sucumbíos.





La FCAE coordina acciones con la Organización Awá de Colombia, lo que reafirma que las franjas fronterizas, lejos de ser el lugar de la desmemoria y del olvido, es el lugar de la reactivación permanente de la memoria y la memoria es parte constitutiva de las identidades colectivas. (Giménez, 2009, p. 22).

El territorio donde se asienta la población Awá, desde su imaginario, es un espacio marcado simbólicamente por vínculos subjetivos de pertenencia. La población Awá presenta patrones migratorios, desde la zona sur de Colombia donde se concentra un contexto de violencia en el que la población Awá ha vivido y ha soportado presiones en la disputa de sus territorios. A ello se añade las presiones sobre la tierra sobre todo para la explotación maderera y minera. (Ramírez, 2013).

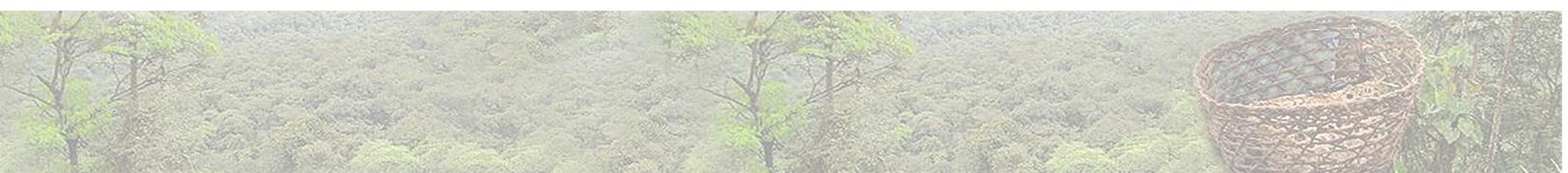
Un aspecto interesante del grupo étnico Awá-Kwaiker es que se han encontrado habitando en una inter-región si lo vemos desde dos ángulos: desde el punto de vista que ocupan el pie de monte de la cordillera noroccidental de los andes; y que se encuentran ocupando un espacio binacional. Esto posiblemente permitió a este pueblo adoptar ciertas estrategias de supervivencia en zonas de refugio que le haya posibilitado subsistir en el espacio y en el tiempo, gracias justamente a su movilidad dentro de un territorio agreste de difícil acceso para quienes lo desconocen. (Bustamante, 2016, p.8).

La población Awá en el Ecuador está conformada por 5.513 habitantes (INEC, Censo de Población y Vivienda, 2010). En el lado Sur de Colombia se encuentra casi el 90% de población Awá, 32.270 habitantes (Federación de Pueblos AWA de Colombia, 2013). De las 5.513 personas que habitan en el Ecuador, aproximadamente 3.500 hablan el idioma nativo, el Awapit.

Los Awá se caracterizan por ser una población nómada, dedicada a la caza y a la pesca, sin embargo, las condiciones ambientales y territoriales cada vez más han delimitado sus formas productivas, asentándolos en territorios fijos, en condiciones socioeconómicas que limitan el acceso a su dieta tradicional y sus prácticas productivas, esta demarcación ha tenido impactos negativos en la situación de salud de este grupo. (MSP, 2016).

En 1974 los Awá fueron reconocidos como ecuatorianos y en 1986, mediante Asamblea General, se organizaron como Federación de Centros Awá del Ecuador FCAE. La población Awá está integrada por 26 Centros o Comunidades (organizaciones de primer grado), 22 entre Carchi, Esmeraldas e Imbabura y 4 en Sucumbíos, que hacen parte de la Federación de Centros Awá del Ecuador FCAE (organización de segundo grado). Si bien las comunidades Awá comparten y conviven en torno a varios elementos culturales particulares, no significa que sea un grupo homogéneo, pues es importante considerar las diferencias e intereses existentes, como en cualquier otra población. En todo caso vale recalcar que entre los elementos identitarios que constituyen ejes de cohesión cultural de la nacionalidad Awá, se destacan el idioma que es el awapit, la reserva que es su hábitat natural, y la medicina ancestral.





*Comunidad de Palmira, ubicada alrededor de la escuela y del Puesto de salud.*

Una parte de las comunidades Awá se concentra alrededor de la escuela y del Puesto de Salud, pero la mayor parte de población se encuentra dispersa y distante. Hay viviendas que se encuentran a varias horas de camino al Centro de Salud más cercano. Es importante esta información para entender las dificultades de acceso de la población Awá a la atención en salud materno-infantil en los servicios de salud pública del MSP.

Atendemos población de Esmeraldas, del Carchi, el Baboso, Tobar Donoso y todas estas poblaciones Awá que existen por aquí vienen acá, más del 80% de población que nosotros atendemos no es de Lita, sino de estas comunidades Awá. (DO, Lita, 2017).

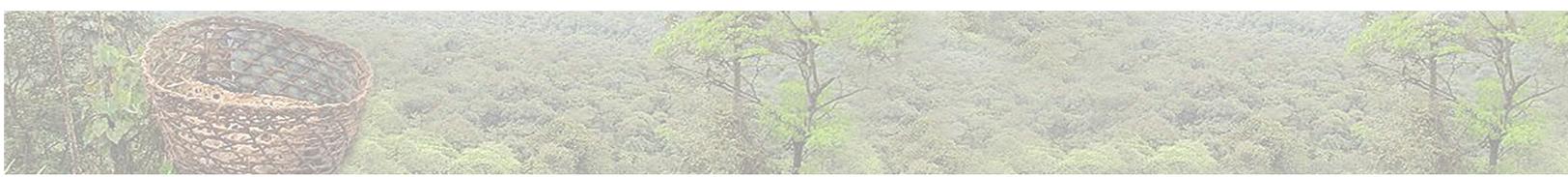
La información que se encuentra condensada en el presente informe, refleja varios elementos que aluden a la salud materno-infantil con base al pensamiento de la cultura Awá, como mirada de sí, y también con relación a la mirada del "otro". Es importante destacar lo inacabado que resultan siempre las investigaciones que tienen que ver con la presencia de los seres humanos. No se trata de agarrar la punta de un ovillo y desatar la madeja como si fuese una sucesión de elementos; las culturas no son lineales, ni homogéneas, no siguen una secuencia lógica predeterminada. La realidad del ser humano es compleja, y ninguna mirada tiene la capacidad de reflejar la totalidad de esa complejidad.

## Objetivos y Metodología

Objetivo general: Contar con un análisis antropológico que permita conocer las representaciones sociales de la población Awá en el tema de salud materno – infantil.

Objetivo específico: Ligar las construcciones simbólicas sobre la salud materno-infantil, a propuestas de coordinación entre la FCAE y el MSP, con el apoyo de RÍOS.





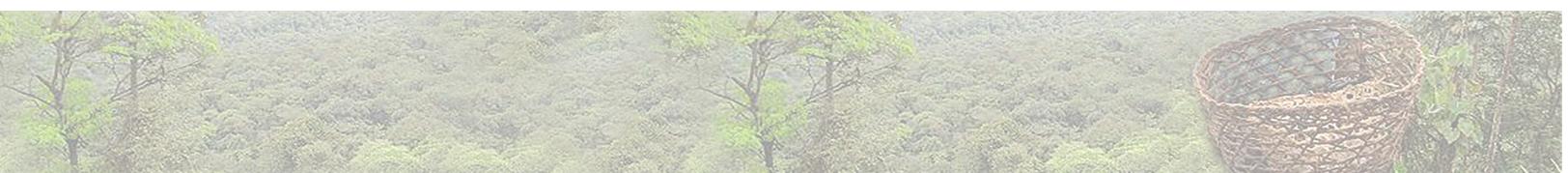
El documento corresponde a una investigación cualitativa en la que se ha combinado varias técnicas de investigación: entrevistas semiestructuradas, grupos focales, observación participante y revisión de fuentes primarias de información. Estas técnicas fueron aplicadas tanto a la población Awá como a personal de salud del MSP, durante el trabajo de campo en cada zona definida por el Comité Interinstitucional. Adicionalmente, aprovechando una reunión entre FCAE y MSP realizada en El Baboso el 5 de mayo de 2017, y una reunión de Consejo ampliado de la FCAE realizada en Palmira el 17 y 18 de mayo de 2017, se entrevistó también a líderes, promotores, curanderos y parteros de comunidades Awá que no estaban contempladas en el proyecto.



Se realizaron cuatro salidas de campo, dos a Palmira y Río Verde Bajo, una a San Marcos y una a Mataje Alto. Visitas que, pese al poco tiempo (en promedio 6 días cada vez incluido el tiempo invertido en los viajes), permitieron auscultar las representaciones sociales del pueblo Awá en los temas de salud ancestral y salud materno-infantil, objetivos de la investigación, y permitieron también un acercamiento a la mirada del 'otro'.

Se utilizó la entrevista semiestructurada, como técnica de investigación social y vehículo para llegar al discurso, ya que pone en evidencia las distintas concepciones y miradas en un determinado contexto. El grupo focal, permitió receptor criterios, percepciones y opiniones de las personas, sin necesidad de llegar a consensos. La observación participante y las conversaciones no grabadas, fueron técnicas que complementaron la investigación de campo, debido a la característica de introversión de la población, especialmente de las mujeres.





Para la elaboración del documento, y con el fin de contar con un capítulo de carácter antropológico donde se pueda establecer un análisis del sistema de salud ancestral y las prácticas frente a la salud materno – infantil, se plantea dos entradas: La mirada de sí sobre la salud ancestral, las concepciones culturales de la maternidad, y las prácticas consideradas como las más apropiadas alrededor de la maternidad, y su relación con la cultura. La mirada de los otros sobre las prácticas culturales de la población Awá, y las posibilidades de establecer relaciones de alteridad. En este sentido, el documento va alternando las dos miradas que se expresan en la palabra dicha por las personas, con quienes los consultores establecieron contacto.

## Marco conceptual

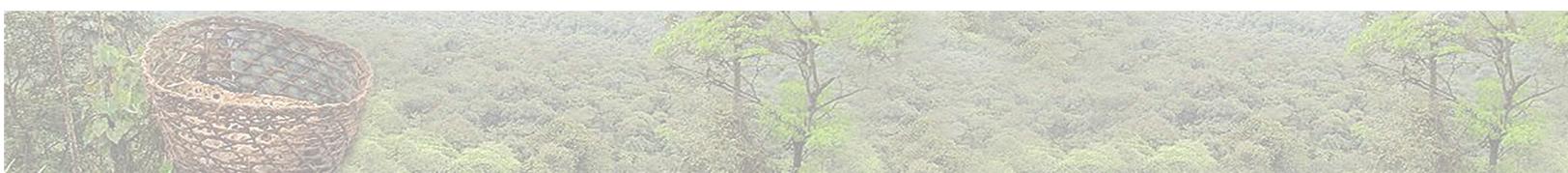
La salud es un sistema y como tal no se encuentra desligada de la enfermedad, ambas son parte de un mismo entramado, de una misma comprensión acerca de las posibilidades de habitar en nuestra condición de seres humanos y de comprender las implicaciones de esa condición. De ese modo, la enfermedad se convierte en una oportunidad para avanzar hacia la comprensión de nosotros mismos, de los demás, del entorno, del mundo; sin embargo, esa idea pasa desapercibida cuando nos sentimos en buen estado de salud. (Maldonado, 2008).

La formación cartesiana tiende a clasificar los elementos en ámbitos binarios: negativo y positivo, vida y muerte, como instancias fragmentadas y desarticuladas, cuando son parte de una misma realidad. El lenguaje es expresión de esa realidad, tiene una importancia vital porque nos remite a la construcción de los imaginarios y de representaciones sociales en torno a la vida. La vida, constantemente, se ordena, se desordena y se autoorganiza en búsqueda de equilibrio. En ese movimiento se producen permutaciones que forman parte de la esencia misma de la existencia, cambios que pueden provocar malestares, incomodidades. Es la vida la que está adaptándose y readaptándose, resolviendo tensiones (homeostasis) para dar paso a la autoproducción de más vida.

Es imposible que la vida se mantenga siempre en equilibrio, porque acuden elementos emergentes que producen a su vez otros elementos que interactúan y hacen posible nombrar su existencia. La salud no es asunto exclusivamente individual. La vida, la muerte, la enfermedad, la salud, hacen parte de un sistema porque es un asunto colectivo, de sociedad, de individuos en interacción. De hecho, un sistema es un conjunto de elementos en interacción; en ese sentido, la salud materno-infantil es parte constitutiva del sistema de salud, y la salud es parte constitutiva de las culturas. La cultura es transmitida, es aprendida, es compartida. La cultura es un producto de los sistemas en interacción social, y es determinante de esos sistemas.

Según Fredrik Barth (citado en Giménez, 2009, p.12), los grupos étnicos pueden cambiar los rasgos de su cultura pero sin alterar sus fronteras identitarias. Pueden perder su lengua, y adoptar la lengua de la cultura dominante, pero siguen identificándose y son identificados





como distintos. Esto pone en cuestión el tema de la ancestralidad como eje de las culturas. La capacidad de mantenerse en interacción con otros grupos es lo que define a una cultura, y no los rasgos seleccionados en un momento dado. (p.19). Desde la teoría de sistemas, las relaciones entre los elementos son más importantes que los propios elementos. De allí que desde una perspectiva histórica de la salud materno-infantil de la población Awá, interesa no solo los rasgos culturales ancestrales, sino las interacciones que se producen y las estrategias que ha utilizado la población para mantener sus fronteras culturales con relación al embarazo, al parto y al postparto.

Las culturas cambian permanentemente, lo que no significa que cambien de identidad. Esto tiene implicaciones no solo para la política de la salud materno-infantil, sino para toda política social, en el sentido de que no es necesario ni obligatorio mantener las tradiciones, si el grupo no lo desea. Lo importante es identificar los marcadores culturales que los sujetos actualizan y movilizan a través de la memoria, para conformar y actualizar su identidad. La memoria no solo registra y representa, sino que selecciona, construye y reconstruye.

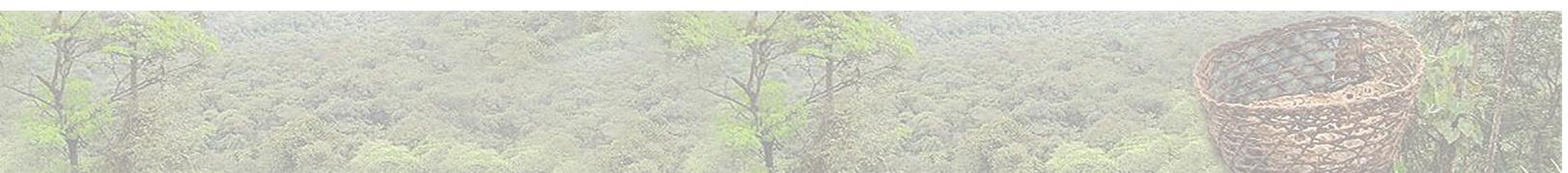
Todo actor es un organismo biológico que actúa en un medio social. La cultura se desarrolla en un medio social y es compartida por los actores; la cultura Awá señala que son los hombres quienes ejercen el rol de parteros y curanderos, y esta tradición es sostenida como parte de un sistema social de acción concreto.

Las identidades no son homogéneas, no son un dato, un componente, sino un acontecimiento. Las culturas definen sus límites respecto al entorno, a través de los sujetos que se reafirman en función de los acontecimientos. La cultura es un sistema de relaciones y de representaciones (Melucci, citado en Giménez, 2009). Para los Awá es importante la historia y la memoria, la autodefinición como reconocimiento social que requiere ser reconocida por los otros para efectivizarse. En ese reconocimiento hay una dimensión relacional, que si bien tiene como referente lo ancestral, es en su accionar que esa memoria se actualiza para no quedarse anclada, sino para revitalizar la cultura.

La organización de esas acciones es la función de las mujeres, de los parteros, de los promotores, de los curanderos, de los docentes, de los dirigentes, de toda la población Awá que son los actores de su historia; la historia de esa relación es la experiencia que los Awá van construyendo. Es desde allí que se plantea comprender el sistema de salud materno-infantil, desde la acción, sus actores, la situación y la historia. Lo ancestral corre el riesgo de asumirse como un concepto estático anclado al pasado, que no permite cuestionar la acción política de la cultura. Las acciones no son únicamente respuestas, son sistemas simbólicos, son principios que reactualizan la cultura y permiten el proyecto de alteridad.

“Si bien todo ser humano dispone de una capacidad cerebral para el aprendizaje, nadie como el ser humano necesita también de los otros para aprender y ser parte de la sociedad. Es la organización social y la vida en grupos, la que nos ofrece el contexto necesario para el aprendizaje de los otros. Es quizás allí, en su marcada dependencia de los otros, en donde se encuentra la mayor fragilidad, pero también la mayor grandeza de los humanos, el saber que solo podemos llegar a ser lo que somos, gracias a





los demás, a los otros y con los otros y a la cultura que otros han construido. Es por ello que podemos afirmar (...) que la cultura es un acto supremo de alteridad y para construir la alteridad.” (Guerrero, 2002)

La alteridad es aquí entendida como la posibilidad de transitar desde la constatación de la diversidad y de la pluriculturalidad hacia un proyecto de construcción de una salud materno-infantil con enfoque comunitario e intercultural. En ese sentido, analizar la salud materno-infantil desde la Antropología es comprender que no existen culturas mejores ni peores, sino grupos sociales en condiciones asimétricas, que buscan la forma de diferenciarse para preservar la historia y enfrentar las rupturas que ocasiona el poder de la colonialidad, que invisibiliza y marca la diferencia como sinónimo de discriminación, negando la posibilidad de revitalización de las culturas.

Las prácticas en torno a la salud materno-infantil en la cultura Awá son parte de su identidad cultural; la cultura se alimenta de la memoria como representación social compartida. La cultura es entendida, no como pautas de comportamiento, sino pautas de significados compartidos con fuerza motivacional, que se difunden a otros contextos. De allí que la cultura se define, de acuerdo a Geertz, (citado en Giménez, 2009), como:

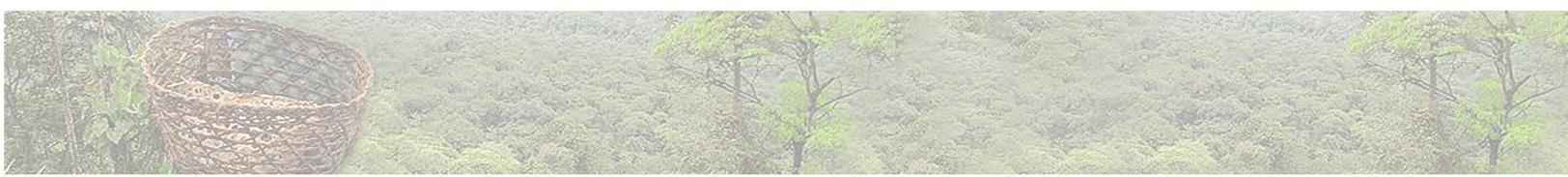
La organización social de significados, interiorizados de modo relativamente estable por los sujetos en forma de esquemas o de representaciones compartidas, y objetivados en formas simbólicas, todo ello en contextos históricamente específicos y socialmente estructurados. (p.8) Así, por ejemplo, el símbolo de la maternidad, que se asocia espontáneamente con la idea de protección, calor y amparo, es un símbolo casi universal que desborda los contextos particulares. Recordemos la metáfora de la ‘tierra madre’ que en los países andinos se traduce como la Pacha Mama. (p.10).

Las representaciones sociales son la forma en que los sujetos sociales entienden e interpretan una realidad en un contexto determinado, a través de procesos cognitivo-emocionales, que tienen que ver, entre otros, con la experiencia individual y colectiva, con la educación, con la información y la comunicación, con los valores, las tradiciones. Es un acto de construcción y de pensamiento que pasa por la relación entre sujetos, entre sujeto y objeto, entre sujeto y el mundo que le rodea. (Cegarra, 2012).

Realizar un análisis antropológico sobre los imaginarios o representaciones sociales implica cuestionar el pensamiento positivista unidireccional y causal, que no considera las relaciones e interacciones que hacen parte de la dinámica de los sistemas sociales. En ese sentido, el estudio es una aproximación al sistema de salud materno-infantil, que hace parte de la realidad de la cultura Awá; la realidad social es imposible de comprender y capturar en su totalidad, la realidad no es homogénea, no es medible, por tanto, toda lectura es una de las tantas formas de ver el mundo. (Maffesoli, citado en Cegarra, 2012).

El análisis sobre los imaginarios en torno a la salud materno-infantil de la población Awá, es un acercamiento a la interpretación de una realidad socialmente legitimada construida intersubjetivamente; es una aproximación a la codificación que elabora la cultura Awá para





nombrar una realidad. Es efectuar contacto con el imaginario como elemento clave de la matriz que organiza, ordena y expresa la memoria colectiva, mediada por valores y valoraciones ideológicas, representaciones y auto representaciones e imágenes identitarias. (Ugas, citado en Cegarra 2012).



*Comunidad San Marcos.*



# Sistema de salud ancestral de la población Awá

## **AWA AWARUSNE SUASNE WATMIN AWABURAN**

Los Awá vivimos bien dentro del territorio, de la vida de nosotros.  
Estamos bien viviendo con la familia.

José Nastacuás, Responsable de salud FCAE

Como se ha señalado, todo sistema es una estructura que integra elementos que forman parte de una organización y explican una concepción cultural, que se transmite y se reactualiza en una sociedad. Al respecto la OPS señala:

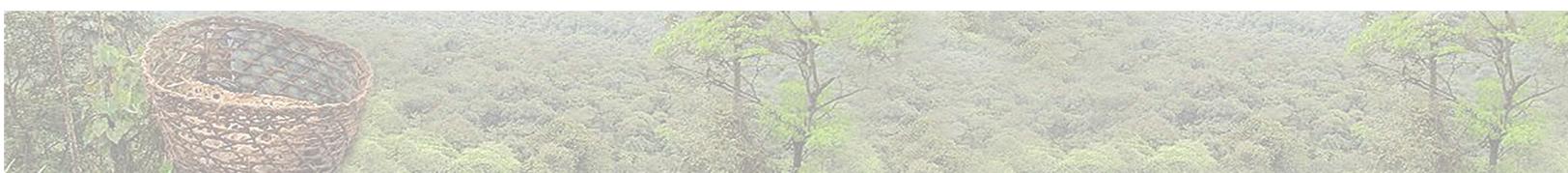
“Los sistemas de salud tradicionales indígenas comprenden el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos, ritos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación” (OPS, s/f, pp. 16,17).

Salud es que si estamos enfermos venimos al subcentro y nos curan. A veces no hay medicamentos. Cuando sigue enfermo más vamos al curandero y si no cura salimos a Tulcán, de aquí hay que llevar pelando gallina, cocinando, hay que llevar plata, aquí no consigue dinero, aquí no prestan, aquí se puede morir. Si no tiene ya no se va, y tiene que morir. (Grupo Focal San Marcos, 2017)

Si le pregunta a un anciano qué es la salud no le va a entender, porque para él la salud no es la persona sino de todo, la tierra, las plantas; si la tierra se enferma, la persona también se enferma. (HP, Mataje Alto, 2017).

Para ellos es simple, salud es que no les esté doliendo nada, que puedan trabajar. Cuando están enfermos de otras cosas le atribuyen a otros elementos. Salud aquí es estar bien físicamente. Vienen cuando necesitan atenderse. (DT, San Marcos, 2017)

Desde la perspectiva de la comunidad Awá salud es estar sin dolor, hay mucha apatía cuando les hablamos de prevención. Por controles no vienen. Hacemos más captación yendo a las comunidades, haciendo las brigadas, las visitas familiares. La queja es que no hacemos brigadas todos los meses. La percepción es más que me den medicamentos para curarme. (DO, Lita, 2017)



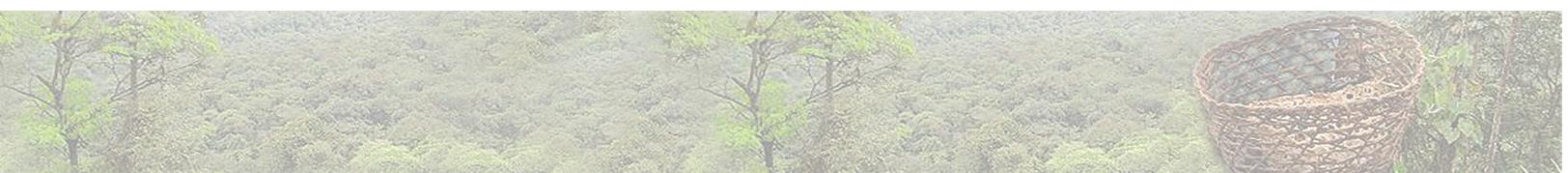
Si se pregunta a una persona Awá cuáles son las enfermedades más frecuentes, responden: el chutún, el mal aire, el mal de ojo, el duende, el ojeado de piedra, ojeado de queche. Estos males no pueden ser identificados por los médicos porque -dicen ellos- los médicos no saben, no conocen el uso de las plantas medicinales; son enfermedades de la montaña que son pulseadas, diagnosticadas y tratadas por los curanderos de la comunidad.

El ojeado de piedra es cuando usted se baña en la tarde y cuando recuerda tiene dolor de hueso, de cabeza, dolor de estómago y por más que tome medicamento, le baja la temperatura pero sigue con malestar. Hay que quemar la piedra y se asoma para que reciba el vapor de la piedra del río donde se bañó. El mal aire cogen por andar tarde, hay diferentes hay de los muertos también. Los mayores decían que cuando está tarde y la nube está roja, nadie debe andar, todos deben estar dentro de la casa porque la nube ojea. Por bañarse tarde puede coger también el wambuco que es otra enfermedad, le da calambre, diarrea, eso mata la gente pero con la contra con el tallito de la planta de wambuco con eso se cura, la dosis es la uña del meñique. Aquí hay más chutún que da dolor de cabeza, sueño, ahí toca ir a un curandero que sepa pulsear, eso es tocar el mal espíritu que se tiene por haber cogido alguna fruta del suelo; hay que tener tabaco y trago para hacer el diagnóstico. El chutún es enfermedad de la selva, eso hay bastante aquí, yo aprendí de mi papá desde los 9 años, él era chutunero y partero, pero en Ecuador yo no he curado a nadie, no me han venido a buscar, si no vienen a rogar que le dé curando no se puede ir. Yo estoy dedicado para curar el mal aire, el curado de piedra. (ET, Palmira, 2017)

Las representaciones y los imaginarios son nociones construidas socialmente en un contexto cultural que inciden sobre las conductas sociales y en el modo en que se concibe la vida, el mundo, la salud y la enfermedad. Las representaciones son imágenes simbólicas de lo que se considera real. La capacidad de pasar del signo a la simbolización es condición para que aparezca la cultura. La simbolización surge por interacción de los actores con objetos sociales.



*Parte del camino a San Marcos*



Una planta, una piedra, un sitio, un alimento en mal estado, una hora inapropiada, son elementos objetivados que a través del síntoma adquieren un sentido negativo donde se concreta el mal que hay que atacar, son objetos simbólicos que determinan que una norma social que rige en la cultura ha sido alterada. Es la infracción a los patrones de conducta que ocasiona el apareamiento de la enfermedad y el sufrimiento. Ir al monte o al río en horas consideradas no apropiadas, transitar por lugares retirados y peligrosos, consumir un alimento en mal estado, entre otros aspectos, son acciones de conductas que desequilibran a la persona y a la vida de la comunidad.

Los objetos pueden encarnar los malos espíritus, esto es parte de la mitología de la cultura Awá. El mito, desde la antropología, no es ficción, no es fábula ni invención; el mito es palabra narrada, no necesariamente explicada; el mito norma la vida de una comunidad, "el mito designa una historia verdadera, una historia de inapreciable valor, porque es sagrada, ejemplar y significativa." (Eliade, 1994, p. 99). Es así que el mito puede ayudar a plantear y entender una situación y relacionarla en un contexto social y religioso.

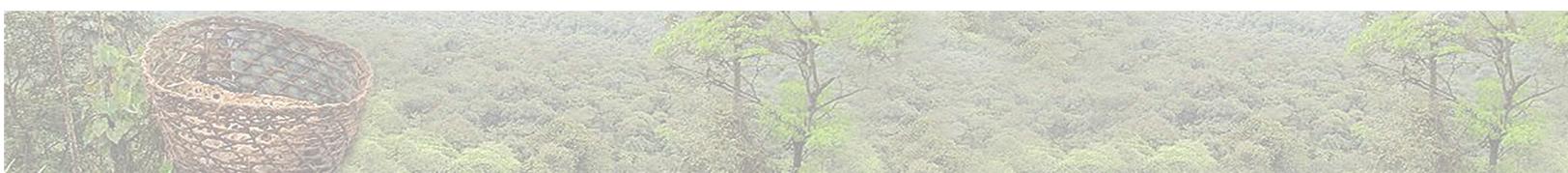
Para nosotros existen cuatro mundos, nosotros decimos Ambarasú que significa cuatro mundos. La radio Ambarasú tiene ese nombre de acuerdo a la historia, a la cosmovisión Awá. Para nosotros bajo la tierra existen otros seres, seres vivos. Luego, estamos nosotros, la tierra de los seres humanos que vivimos acá. Más arriba de este mundo se cree están los muertos. Y encima está el creador, conocido como Dios, Cristo que gobierna a todas las naciones. (HO, Palmira, 2017).

La comunidad establece pautas culturales que generan, a su vez, obligaciones con relación a la colectividad. Son pautas de valores comunes aprendidos, que remiten a los sentimientos de los actores, y son los valores comunes los que mantienen a la colectividad, de lo contrario se disuelve.

Las culturas definen sus límites respecto al entorno, a través de los sujetos y de los objetos; la salud se inserta entonces en ese sistema de relaciones y de representaciones a través de objetos físicos que son entidades empíricas que no interactúan, pero sí son elementos a los que se proporciona un poder y un valor en función de la tradición y de las creencias, convirtiéndose esos objetos en expresión de las pautas de valor. En ese contexto, la salud no es un sector como es entendido en el mundo occidental, la salud ancestral en las comunidades Awá está en la cotidianidad, está en el cumplimiento de las normas culturales y se efectiviza en la interacción social, donde los símbolos adquieren sentido. De ese modo, la salud ancestral es un sistema simbólico y principio de la cultura Awá.

Los significados culturales se objetivan en artefactos o comportamientos observables, y se interiorizan en forma de habitus (Bourdieu, 1985), esquemas cognitivos o representaciones sociales que son formas incorporadas de la cultura por parte de los sujetos, (Giménez, p.9), por eso no existe cultura sin sujeto, ni sujeto sin cultura.





En la medicina convencional no existe relación entre salud y espiritualidad, mientras que para la población Awá no existe separación entre la mente, el cuerpo, lo biológico y lo espiritual; existe una percepción integral no solo de la salud sino del mundo y de los mundos, de allí que hablar de salud desde la perspectiva convencional, implica no tomar en cuenta elementos claves como la espiritualidad, la relación con el entorno, los aspectos mentales y sociales, que forman parte del imaginario cultural de la población Awá.

Nosotros estamos en el campo, estar bien es conservar el agua cristalina, en el bosque está la sabiduría, el conocimiento está en la selva. La salud está en el campo, el yuyo, el chinchiral, el palmito, la guayaba, tienen nutrientes. Eso enseñamos a los niños, para ellos eso es divertirse, en la ciudad no hay río, no hay animales. (JN, Río Verde Bajo, 2017).

Los materiales están en el campo, para la medicina ancestral los puestos de salud están en las cascadas, en las peñas, en los ríos, en los palos grandes, ahí está la medicina en la práctica. (HP, Mataje Alto, 2017).

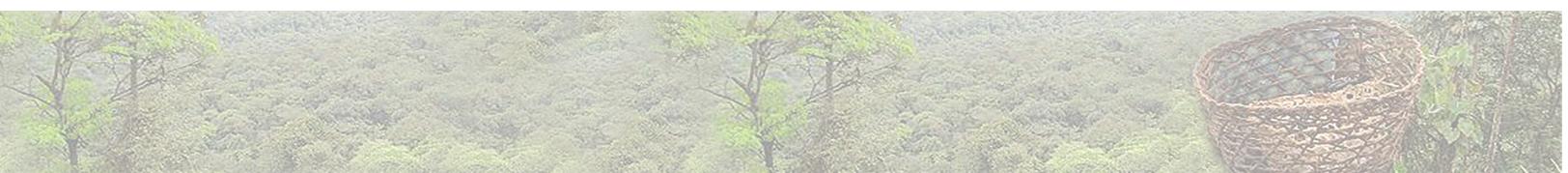
En el sistema de salud ancestral de la población Awá existen códigos que no están escritos en ninguna parte, pero se encuentran inscritos en la memoria colectiva de la población, se articulan con las tradiciones culturales, con las normas y proporcionan una base ética para el manejo del conocimiento y el cuidado del entorno. Los promotores, los parteros, los curanderos saben que respetar los códigos de relacionamiento con las plantas medicinales es preservar no solo la salud de la comunidad, sino también los conocimientos basados en años de observación, transmitidos oralmente generación tras generación, es preservar la vida social y cultural, es cuidar el ecosistema, la montaña, el territorio que les contiene y les pertenece.

Nosotros decimos que si no es territorio no es Awá, en el territorio están los ríos, los animales, los árboles. Nosotros vivimos de ellos, si se acaba territorio ya no es Awá, ahí están los sitios sagrados. La ley de origen es vivir con la naturaleza. Los mayores sabían a qué hora cazar, a qué hora caminar, a qué hora coger la medicina. La ley de origen dice que obedezca, si no obedece la naturaleza va a castigar. (HP, Mataje Alto, 2017)

Si quiere curar de espanto, de mal aire, no se puede coger callado la medicina, porque hay que pedirle ayuda; si quiere curar chutún tiene que coger antes de las 6 de la mañana y pedirle a la planta que le ayude a sacar el mal espíritu. La planta no sabe para qué le están arrancando, entonces tiene que decirle para que le ayude. Aquí íbamos a hacer invernadero pero no dio resultado, no nacieron, las plantas son celosas, tenemos las plantas, pero no tiene que ver nadie. (ET, Palmira, 2017)

Para curar hay que ir a la montaña a recoger las plantas. Cuando una persona se enferma, las hojas también se enferman, porque no cuidamos de las plantitas, todos los maestros de medicina ancestral debemos cuidar las plantas y no maltratar, sino sacar despacito. (MC, Tarabita, 2017).





Si nosotros queremos hacer un huerto acá las plantas no crecen, no se puede sembrar porque son plantas de montaña. Algunas crecen en troncos podridos y nosotros vamos conociendo a ojo. Vamos despacito mirando, buscando la medicina. Cuando mi mujer está enferma con paludismo, con fiebre, le digo tómate un poquito de esto, sólo media cucharadita mezclado con panela y al otro día ya está bien. Cuando está bien grave no podemos curar, pero cuando recién empieza sí le curamos. (PAT, Río Verde Bajo, 2017)

Según la OMS, hasta el 80% de la población en el mundo depende de la medicina tradicional para la atención primaria de salud. Y un 25% de los medicamentos basan su composición en plantas y sus derivados. (BioMed Central Ltd., 2006).

Cuando alguna persona Awá se enferma, toda la familia se involucra; si bien la enfermedad afecta a la persona que la padece, es toda la familia la que está presente durante la curación; y, si se trata de enfermedades como el Chutún, es toda la comunidad la que participa de la fiesta de curación. Para la población Awá, la enfermedad y la salud no es un asunto individual; la salud la viven las personas, pero se realiza en la familia, en la comunidad, es un estado colectivo. Esto guarda relación con la identidad, porque una persona es Awá en la medida que está ligado a un territorio, a una familia, a una comunidad.

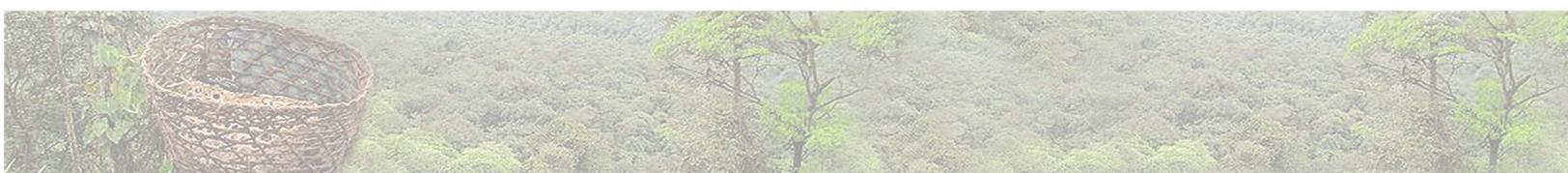
Comúnmente en las consultas de los servicios de salud pública y privada se exige la presencia únicamente de la persona involucrada. Esta lógica no funciona con poblaciones como los Awá, porque los involucrados son todos y todo. Esta comprensión es importante a la hora de pensar en la salud materno-infantil.

El ojeado de piedra sí le puede dar a una embarazada, igual se quema la piedra, se sazona y se cura; pero el chutún, el wambuco no les ha dado nunca a ninguna embarazada. Las enfermedades fuertes nunca atacan a la mujer embarazada. A veces sí le curan del mal aire para que le quite el malestar. (ET, Palmira, 2017).

Cuando los Awá se movilizan a cualquier parte, o acuden al Centro de salud, no lo hacen solos, por lo general es la familia completa la que se traslada, y todos, es decir la pareja con sus hijos y algún tío/a, primo/a, hermano/a, suegro/a, entran a la consulta. Si el problema es grave son derivados al hospital más cercano, y así mismo toda la familia se moviliza, caminan muchas horas, las mujeres, casi siempre van cargando a los bebés cerca de sus pechos, y los canastos con los artículos y productos que van a necesitar cuelgan de sus cabezas y caen sobre sus espaldas, los hombres llevan un machete y a la persona enferma, a veces sobre una mula proporcionada por alguien de la comunidad, a veces en una chacana, dependiendo el nivel de gravedad de la enfermedad.

Es por ello que son bien recibidas las brigadas médicas, porque son los equipos de salud quienes acercan la atención a la comunidad, hacen presencia en el espacio donde se encuentra la población, facilita el acceso de las familias que habitan en las comunas más alejadas, y es ocasión para que la comunidad interactúe.



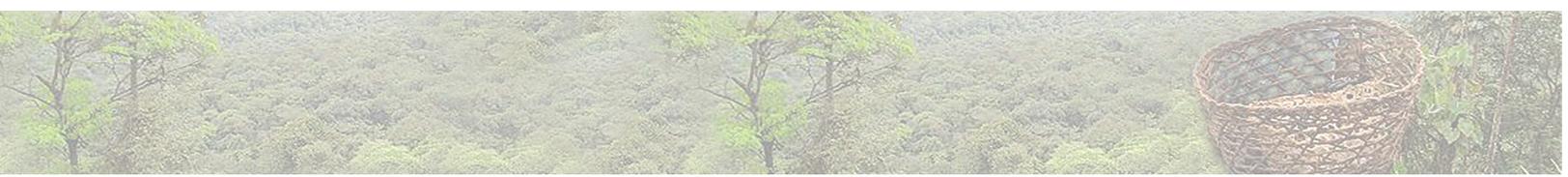


*Brigada médica en la comunidad de Palmira.*

Los profesionales de la salud que atienden a la población Awá, son conscientes de las dificultades que enfrentan para vincular el sistema de salud convencional con el sistema de salud ancestral. Sin embargo, cabe destacar algunos elementos positivos como:

- La presencia de algunos profesionales con sensibilidad y capacidad para adaptarse a contextos de diversidad cultural, y disposición para expandir la mente y el corazón, para comprender e integrar otras lógicas sobre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, el individuo y la sociedad;
- La presencia de promotores comunitarios que facilitan el nexo entre el MSP y las comunidades Awá a las cuales se deben y se pertenecen;
- El reconocimiento de la población Awá de que la salud es un derecho humano fundamental y complemento indispensable a su sistema de salud ancestral;
- La apertura y capacidad de diálogo por parte de la población Awá y su dirigencia, quienes manifiestan una profunda preocupación por salvaguardar la vida de las comunidades y buscar apoyos para conseguirlo;
- Los mandatos del MSP y del país, basados en los instrumentos internacionales y en la normativa nacional que impulsan a objetivos siempre mayores en función del ser humano y su entorno.





## 1.1 Actores

Los materiales están en el campo.  
Para la medicina ancestral los puestos de salud están  
en las cascadas,  
en las peñas, en los ríos, en los palos grandes. Ahí está  
la medicina en la práctica.

Humberto Pascal, Mataje Alto, 2017

En el sistema de salud ancestral de la población Awá intervienen actores que conforman una estructura que al interactuar dan sentido a la cultura. Los roles están diferenciados e interrelacionados, por ello es importante identificar cómo se distribuyen esos roles, y cómo se integran en el sistema de salud ancestral.

### a. Promotores de salud

El promotor no es exactamente un actor de la salud ancestral de la población Awá, pero actúa de nexo entre la medicina occidental y la ancestral. La figura del promotor de salud surge en América Latina a mediados de los años sesenta, generalmente eran personas de las comunidades rurales que habían sido capacitadas en la metodología de la educación popular.

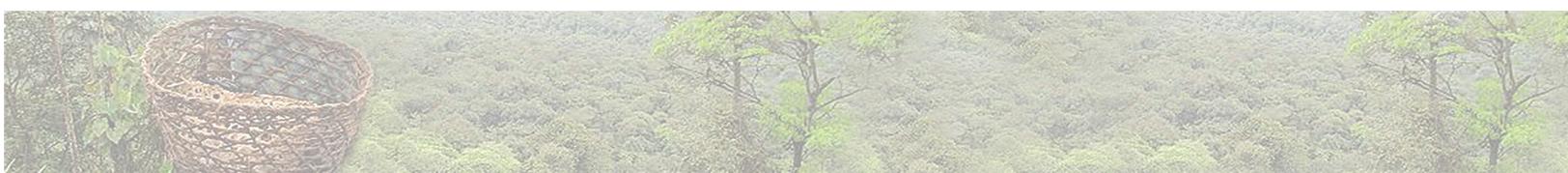
De acuerdo al MAIS, el promotor forma parte de lo que se denomina gestores comunitarios, que son personas de las comunidades con experiencia en atención de partos, en tecnologías ambientales limpias y energías alternativas no contaminantes. (MSP, 2012). El promotor es parte de la estrategia de trabajo en los procesos para la atención en escenarios comunitarios; es contratado por el MSP y es parte del Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) que favorece la salud intercultural. Esta figura se inserta como actor clave en tanto actúa de enlace entre los servicios de salud del MSP y la comunidad.

Para decir la verdad un promotor es un líder más en la comunidad, ya que hay personas de escasos recursos y el promotor es quien está pendiente y le puede ayudar cuando se enferma para sacarle a una comunidad más cercana. Es súper importante un promotor de salud pero también es importante seguirse preparando, sería mejor para las comunidades. (PT, Tarabita, 2017).

Una debilidad es que falta preparación de los promotores, no les dejan manejar la medicina, no les dan y para fortalecer eso toca buscar becas para que saquen su título en ciencias de salud, si no hacen eso vamos a estar desfortalecidos. (LC, Palmira, 2017).

Si no fuera por los promotores no sé qué haríamos. (BC, Mataje, 2017).





Ahora estamos mucho mejor con el TAP. El registra las embarazadas y así les hacemos seguimiento, vienen para darles las vitaminas, pero ha sido un proceso. (DT, San Marcos)

Con los promotores hay muy buena relación, coordinamos con ellos las actividades de control a las embarazadas. (VP, Lita, 2017).

Primero yo tomo la temperatura, los signos vitales, dependiendo les doy paracetamol, y si el medicamento no es bueno les digo mejor váyanse donde los curanderos para curar mal aire, espanto, chutún, duende, que son enfermedades del campo. Aquí trabajamos así. Una profesora casi se muere, pero el medicamento no le hacía bien, fui a ver al curandero y él llevó todo para curar del mal aire, y al otro día ya estaba mejor, había sido mal aire. (ET, Palmira, 2017).

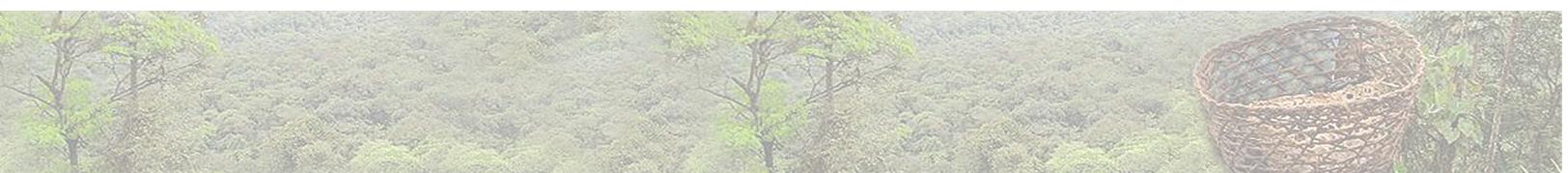
Tenemos que hacer la valoración. Antes de traerle al centro de salud tengo que hacerle limpiar de mal aire, de espanto, pulsar de chutún que el curandero ya identifica. Yo como promotor he dicho antes de venir al centro vayan al curandero de chutún, al curandero de mal aire. Cuando ven que es para el médico le mandan al centro de salud, al revés también hemos estado al tanto. (JN, Río Verde Bajo, 2017).

Con base a las entrevistas y a las conversaciones con los promotores, lo que surge de las relaciones comunidad – promotor, y MSP - promotor, es una especie de amalgama de aspectos tanto de la medicina tradicional como de la medicina occidental. No hay una hibridación o sincretismo en el manejo de la medicina por parte de los promotores, sino un pluralismo de saberes (López, 2004), en el sentido que las dos medicinas se mantienen totalmente diferenciadas. Ante lo cual, el promotor aunque no sea un actor de la medicina ancestral, y en ocasiones no hable el idioma Awapit, el hecho de ser Awá, de ser conocedor de su territorio, de las prácticas del sistema de salud ancestral, tiene legitimidad por parte de la comunidad, en tanto demuestre respeto por los conocimientos y prácticas ancestrales y responda frente a las preocupaciones y necesidades de atención básica de salud de las comunidades. Este aspecto de respeto por los conocimientos y prácticas ancestrales se lo retomará más adelante cuando se hable sobre la planificación familiar.

Los promotores muestran apertura para conocer la versión de la medicina occidental y voluntad para apoyar en las demandas de la comunidad, al tiempo que en la consulta médica hacen de mediadores entre los pacientes Awá y el médico; mediación que por lo general consiste en traducir al Awapit la explicación que ha dado el médico; y, así mismo en traducir al español para los médicos, las consultas e inquietudes de los pacientes Awá.

El entrenamiento del promotor se basa en aprender elementos básicos de primeros auxilios, prevención y atención primaria de salud desde la medicina alopática, mediante cursos proporcionados por el MSP, para lo cual el promotor, como requisito, debe haber completado al menos la educación básica. Su función de vínculo entre el MSP y la comunidad va a depender, por un lado de sus propias destrezas y conciencia de pertenencia cultural, y, de otra parte, de la sensibilidad e interés de los profesionales de la salud en considerar al promotor





como actor reconocido por la comunidad para viabilizar la comprensión y respeto hacia la cosmovisión y tradiciones culturales.

No resulta fácil para los promotores trabajar en la salud preventiva cuando las comunidades no cuentan con las condiciones mínimas favorables como son los aspectos sanitarios, nutrición, educación, comunicación, etc., que dependen en gran medida, de políticas de Estado.

Los promotores comunitarios, en su trabajo, tienen la orientación de la medicina alopática, no registran las enfermedades reconocidas por la población Awá que corresponden al sistema de salud ancestral, la cultura Awá es de tradición oral, pero además la salud ancestral no es tratada por los profesionales del MSP; de otra parte, las fichas que deben llenar para enviar al Distrito, vienen en un formato estándar de manera que facilite el ingreso de datos y la homologación de la información a nivel nacional.

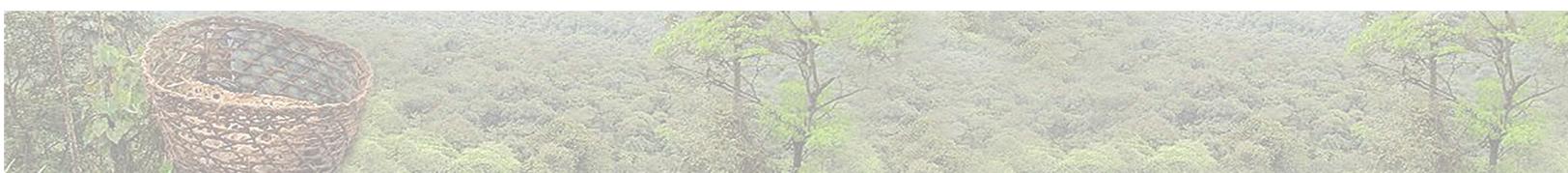
Los Puestos de Salud, que es donde se ubican los promotores, están en el Primer Nivel de Atención (complejidad baja) de la oferta de los servicios de salud, junto a los Centros de Salud A, B y C. El Puesto de Salud fomenta actividades de participación comunitaria y primeros auxilios y cuenta con botiquín; presta servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación, a través de un/a auxiliar de enfermería o técnico/a de atención primaria TAP. Los puestos de salud en las comunidades Awá han sido ubicados cerca de las escuelas; ambos, escuela y puesto de salud, aparecen casi al mismo tiempo. Una parte de la población Awá se ha trasladado a vivir cerca de estas dos entidades. Sin embargo, no todas las comunidades Awá cuentan con un puesto de salud; según la FCAE, 15 de las 22 comunidades cuenta con un Puesto de Salud, pero no todos cuentan con las condiciones necesarias. (JN, FCAE, 2017)

Los promotores, como parte de sus responsabilidades, recorren la comunidad y realizan mensualmente visitas domiciliarias programadas con la unidad operativa de los EAIS, para lo cual el promotor cuenta con una guía y una ficha de registro.

La comunidad no es solo esto, esto es el centro poblado, adentro a 3 horas de camino está la comuna de Palmira Alto, ahí hay bastantes familias. Entre una casa y otra es 1 hora de camino, en un día se visita 3 familias, no más, y a veces no hay adultos, solo niños, porque los papás se han ido a trabajar a otras partes, a Colombia. Yo hago seguimiento a la familia, sobre todo a las mujeres embarazadas. Después de que han dado a luz, cuando cumplen 15 días yo les visito y les explico que a los 28 días tienen que estar en el subcentro pero no quieren bajar. Acá si no cumplen un mes no caminan, no es como en la ciudad que a la semana ya están caminando y en las vacunas, acá tienen que cumplir con la dieta, esa es la cosmovisión y si pasa algo es culpa de los promotores. Nosotros les damos charlas de la importancia de las vacunas de la BCG que son caras y no les cuesta, y por eso es importante que las brigadas suban a las comunidades con las vacunas. (ET, Palmira, 2017).

Tenemos un cuaderno del promotor, ahí está toda la información. En el año hace una evaluación de niños desnutridos, de riesgos, ahí vemos qué pasó, qué falló. Ahí





decimos que están muy lejos y no vienen. Registramos todo, si muere alguien y por qué murió, esos datos llevamos a la reunión del distrito. Ahí se ve qué se hace, cómo se resuelve. Se prioriza a las personas enfermas para hacerles visita. Tienen medicina pero no toman, nosotros lo que hacemos es ver que tomen toda la medicina, pero ellos quieren que promotor cure, y nosotros somos solo una alarma, y la comunidad quisiera otra respuesta y reclaman. (HP, Mataje Alto, 2017)

## b. Curanderos

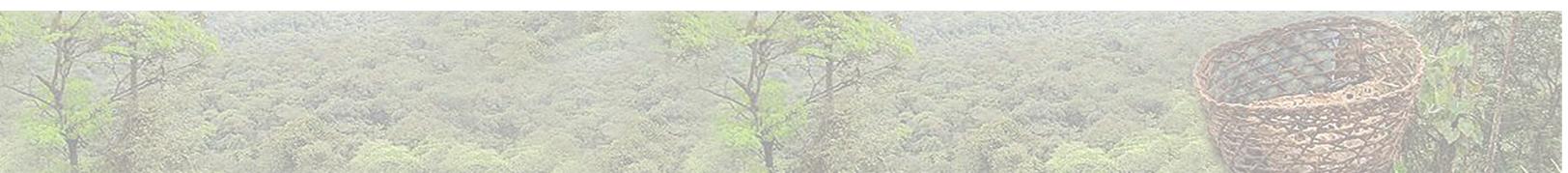
Una persona aprende a ser curandero desde temprana edad; aprende de su papá, de su abuelo, de un tío, de un cuñado. Son los hombres quienes transmiten los conocimientos a su hijo, a su nieto, a su sobrino; una persona llega a ser curandero porque desde pequeño demuestra curiosidad e interés y anda junto a sus mayores captando todo. La transmisión de conocimientos en la cultura Awá es vía oral. En una cultura oral no existe un propósito explícito de enseñanza, sino que son historias que los niños escuchan de los adultos, aunque cada vez ocurre menos.

En cada familia siempre hay alguien que cura del ojeado de piedra, del mal aire. Sin embargo, los curanderos sobre todo aquellos especializados en chutún y en picado de culebra, sí son intencionalmente identificados por los adultos, debido a sus habilidades especiales e interés en aprender. Los curanderos se especializan en una o varias enfermedades reconocidas por la cultura Awá, enfermedades que tienen que ver con la espiritualidad y la naturaleza viviente. Los curanderos son respetados y reconocidos por la comunidad porque tienen un manejo integral de la cultura, de su cosmovisión. Son actores importantes del sistema de salud ancestral, pero también del sistema sociocultural de la comunidad.

Únicamente los curanderos conocen qué plantas son las apropiadas para curar una determinada enfermedad. No saben los nombres de las plantas, pero las reconocen. Dicen que antes de tomar una planta, se pide permiso a la tierra y se pide sabiduría para escoger bien. Las plantas son muy celosas, tampoco se puede sembrar donde quiera. Las plantas y las hierbas medicinales crecen en el monte junto con otras hierbas, no se las ve a simple vista. Los huertos medicinales, pueden servir pero muy poco, porque las plantas crecen donde tienen que crecer, no donde uno quiere que crezcan.

Yo iba donde mi abuelo, de 11 años aprendí, viendo no más a mi abuelo, él me avisaba y yo viendo qué plantas coge, no los nombres, yo le preguntaba pero él solo cogía. Mi abuelo no sabía escribir. Yo curo el Chutún y para curar Chutún se da el baile, pero yo no, no me gusta el baile porque si están chumados no curan bien, cuando están chumados le caen a las 8 a las 7, y para curar Chutún hay que ir puntual. A las 5:30 hay que estar saliendo. Por eso le digo que chumado no, chumado no cura bien, el curandero debe saber curar sin fallar. (PC, Palmira, 2017).





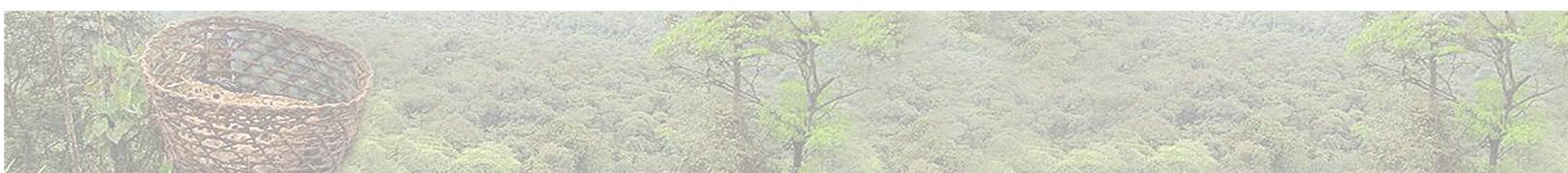
El curandero trabaja con mente y energía. Si valora las plantas se recibe esa energía. Con las fumigaciones esas plantas ya no hacen efecto. Antes había en pantanos, ahora ya no encuentra tanto, se está secando, ya no encuentra, los curanderos están preocupados. (HP, Mataje Alto, 2017).

Si se enferma del chutún los médicos no pueden curar, le dan medicación y le calma un día, pero después sigue más enfermo. El ojeado de piedra es otro, hay que cocinar la piedra en una olla, bien tapado, ahí está hirviendo como cocinando papa, ahí ve que ha sido piedra que le ha ojeado. El mal aire tiene que ser otro curandero, tiene que ser un hierbatero, es diferente. El chutún es porque camina de noche, ha cogido una guayaba caída o un plátano, come eso y se contagia como gripe, el chutún es como animal como lagartija que tiene la enfermedad que va a contagiar, está en la guayaba caída, así. Después que se cura hay fiesta y se prepara comida para todos que visitan, se baila y se toma guarapo, si no baila no cae el chutún, pero la persona tiene que descansar, no puede pasear 3 días. A las mujeres y a los niños también les da chutún, a todos les puede dar. Esa es la experiencia de los mayores. (STP, San Marcos, 2017)

Desde los 8, 10 años, el niño mira, escucha y aprende a conocer las propiedades de las plantas, a identificar cuáles son las indicadas para cada mal, las proporciones, cuándo y cómo aplicar, entonces, si tiene interés, el curandero le enseña. Sin embargo, se han dado casos en que siendo jóvenes se han interesado y han acudido a los curanderos mayores, a quienes llaman maestros, para que les enseñen a curar. Esto ocurría antes dicen, ahora los maestros ya no enseñan, ya no quieren porque no hay interés y ellos ven que la gente no está preparada para aprender.

Yo fui capacitado, me enseñaron tres curanderos, yo seguí atrás porque él era el maestro. Cuando alguien está enfermito, viene la familia y dicen tengo mi familiar enfermo, deme curando. El maestro responde ¿Y para cuándo quiere hacer usted curar? Y hay que ir a la casa de ellos a curar. Como maestros debemos ir con las plantas con todo listo, a cambio es por voluntad, con lo que quieran pagar, un pollito, así, o matan un chanchito o lo que haya y regalan un pedacito de carne, nosotros con eso estamos agradecidos. Se cura hasta 3 días, limpiando. El último día, hay que ir a buscar otras plantas. Aquí no hay mucho, en la costa hay como 37 plantas medicinales. Acá hay solamente 26. Apenas recojo las plantas pongo en la canasta y cuando llega a la casa hay que poner la flor con estas hojas y amarrarle diciendo que estoy curando Chutún, gritando para avisar que estamos curando. Así hemos aprendido, así nos han enseñado los maestros. Se cocina yuca, papa china, huevo, un pollo para que coma la gente. Después, 4 o 5 de la mañana llevamos al enfermo a lavar al río con plantas del monte. Quemamos algunas y le sacudimos y después se lleva al enfermo bien tapado a la casa. Se pone otras hierbas y después se come repartiendo un plato a cada uno. Es para la suerte del monte. Al final le decimos al enfermo que no coma maduro asado, pescado, que no coma animales silvestres por 3 días, porque no se cura. Debe quedarse en casa 1 día descansando. Yo empecé a curar a los 17, estuve capacitándome 4 o 5 años, y luego fuimos a capacitar a Mataje. Allá nos entrega-





ron un certificado del Ministerio como promotor de salud, que sirve para cuando me dan un trabajito, para eso sirve. Me dicen ¿usted tiene certificado? sino no hay comprobación de que usted ha estudiado. Me preparé 3 meses como Promotor, y me dieron un certificado que decía usted ha dado un taller sobre Chutún, pero no se puede combinar pastillas con la medicina del monte. Soy curandero de espanto y de Chutún. (PAT, Río Verde Bajo, 2017).

### c. Parteros

Mi papá decía, debes enseñar como yo te estoy enseñando a ti.  
Para eso tengo mis manos hasta donde yo pueda,  
luego se quedaran en nuestra comunidad.

Mesías Cantincus, Vicepresidente de Tarabita, 2017

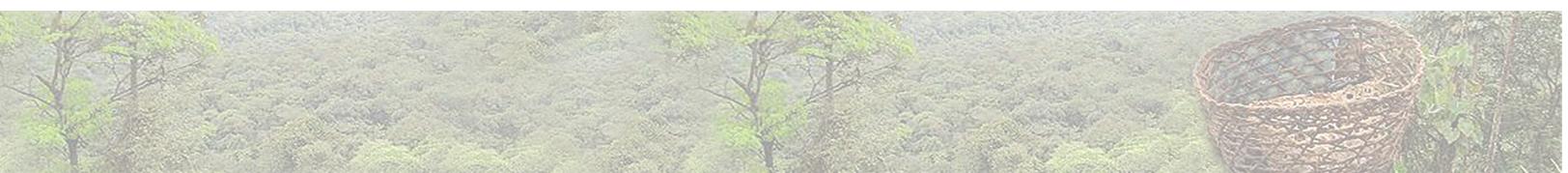
En la cultura Awá, la gran mayoría de parteros son varones. Cuando una mujer está por parir, los familiares van a buscar a uno de los parteros de la comunidad, sólo ellos saben sobar para acomodar y colocar al bebé en posición cefálica. Muchos de los parteros son los mismos esposos, y cuando el esposo no sabe, el partero a quien han llamado, acude a la casa de la familia. La familia acompaña, mantiene la leña encendida para calentar la casa y preparar los alimentos, el acompañamiento de la familia es muy importante, es pilar fundamental de la salud ancestral.

Al igual que el curandero, también el partero ha aprendido de su papá, o de su abuelo, o de algún tío, casi siempre de algún miembro varón de la familia. Lo ha hecho mirando, observando, repitiendo lo que le han dicho, acompañando, ayudando desde pequeño. El partero no ha recibido cursos, ni charlas del MSP, muchos de ellos son analfabetos igual que la mitad de la población Awá. Y a la mayoría no les gusta identificarse como parteros porque son prefieren mantener en reserva sus conocimientos.

Este año ya van, antes nunca, pero a la semana 37 se pierden y se van a la montaña y es el partero quien les atiende. Con los promotores hay muy buena relación, coordinamos con ellos las actividades de control a las embarazadas. Con los parteros no hay tanta relación, hay bastante celo en cuanto a lo que ellos saben. El año anterior se hizo reuniones para que me digan lo que hacen, pero no fue tan bueno porque no dicen nada, son reservados, hay algunos que no quieren que sepan que son parteros, no hay mucho apego y tampoco entiendo el idioma. (VP, Lita, 2017).

Los parteros no realizan controles durante el embarazo, ni luego del parto, entendidos desde la lógica de un seguimiento sistemático y calendarizado. Cuando la mujer está de cinco o seis meses de embarazo, el partero va acomodando al bebé, porque algunos bebés están de lado o de pies; el partero sabe que esta situación puede traer complicaciones al momento





del parto y mucho dolor para la mujer, por eso es importante ir acomodando al bebé, desde el quinto o sexto mes, poco a poco.

He sido testigo de cómo ellos acomodan a los niños. Entonces uno dice caramba pero le puede romper el útero, y con qué confianza lo están haciendo. Nosotros iniciamos con ese concepto de que solo lo que nosotros decimos es lo que sirve, y es mentira. (DO, Lita, 2017).

Nosotros calentamos cebo de gallina o de ganado y tocamos la barriga cuando está de 6, 7 meses. Hay que acomodar pronto, máximo de 7 meses. Cuando son primerizas es más complicado, toca mantearle, se usa trago quemado con canela y manzanilla para que tome para que le encalore, y la manteca de gallina con ruda. Tienen que hacerse fregar siquiera unas 3 veces porque a veces está el niño de pies o a través y vienen al último sin fuerzas, y nos hacen asustar. (ASP, El Tigre, 2017).

Le cruzamos un palito para que ella se sujete, está arrodillada, entonces ella puede hacer fuerza. El partero le ayuda en sacudirle para que el niño baje. El partero está hasta que nazca, le deja todo acomodado, le corta el cordón y le deja fregando la barriga. Después de dos o cuatro días acude para ver cómo está la paciente. A veces el partero puede buscar otro partero de la comunidad para que le ayude, entonces el otro viene y dice todavía no es hora, entonces del uno al otro se van dando la mano. (HO, Palmira, 2017).

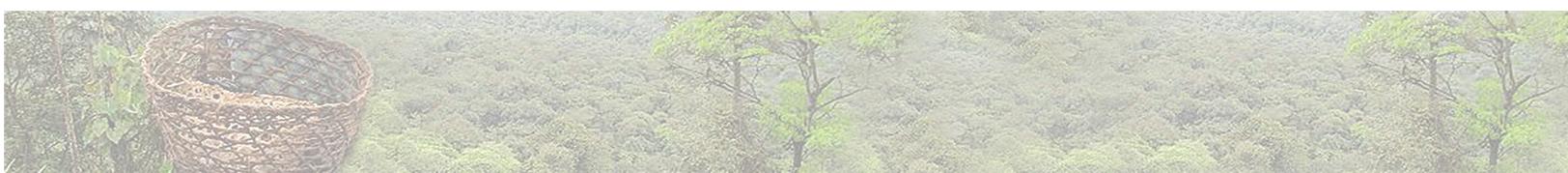
El partero es para toda la comunidad, él va acomodando y ve si hay signos de peligro, y si está en mala posición se le hace referencia al centro de salud para que el médico haga un diagnóstico de la posición, luego viene para que haga control con el partero. Si no es peligro se hace atender con el partero en la casa. Después es el partero el que le dice a la mujer cómo debe cuidarse, qué debe comer, las aguas que debe tomar, cómo debe bañarse, para que no le de los riesgos. (JN, Río Verde Bajo, 2017).

No he conversado con ninguna de ellas, pero cuando el producto no está en posición cefálica, tienen sus maniobras para colocarlo en posición. Las mujeres se sienten cómodas con los parteros, o con los que practican medicina ancestral. (AD, Lita, 2017).

El partero está presente dos o tres horas antes del parto, sobando la barriga de la mujer para abrigo, para facilitar el parto, untándole manteca de gallina, de boa, o de res, en la dosis correcta, a la temperatura adecuada. Solo el partero puede tocar la barriga de la mujer; si es el esposo sólo él puede mirar el cuerpo de la mujer.

El partero representa una unidad que cumple una función social y cultural en el sistema de salud ancestral. Si se toma en consideración que la salud materno-infantil es un sistema conformado por unidades diferenciadas y relacionadas, generando una red de unidades que lo convierten en un organismo vivo (Radcliffe-Brown, 1986). No es posible la existencia de elementos sin relación, ni relaciones sin elementos, y es el mismo sistema el que cualifica a los elementos que lo constituyen. (Arriaga, 2003). Para Radcliffe-Brown las sociedades en





su estructura son similares a los organismos, cuyas unidades básicas son los seres humanos individuales que están conectados por relaciones sociales; este concepto aunque llevado al plano funcional de la biología, puede ser tomado como ejemplo para decir que la función social del partero estriba en su contribución al funcionamiento del sistema en un contexto; el partero y todos los actores se constituyen en la interacción, y es en la interacción que el sistema funciona. Entre partero, parturienta, familia y comunidad, se teje relaciones que diferencian a cada individuo en su unidad esencial, y hacen de esa relación una organización con cualidades distintas a sus partes. (Morin s/f).

Lo importante aquí es, entonces, destacar el rol del partero que da continuidad a la cultura Awá, cuya estructura tiene sentido en su interacción. La presencia del partero, la relación de confianza por sus conocimientos y destrezas avaladas por la comunidad, el vínculo afectivo que se establece, aminora la ansiedad de la mujer, y de otra parte, el partero garantiza la reproducción de las tradiciones y prácticas culturales.

Creo que el problema es a veces la falta de confianza en la salud que nosotros practicamos, que no es la misma que ellos tienen. (AD, Lita, 2017).

Me enseñó mi papá. Los antiguos nuestros sabían todo, yo fui aprendiendo poco a poco, ahora casi no hay parteros. Cuando uno ya se muere de mayorcito, en la comunidad van a estar sin poder nacer los guagüitos. De mis hijos sólo uno sabe, los otros no, creo que tienen la mano dura y no quieren aprender. Las mujeres también pueden aprender pero no quieren. Cuando nace el guagua se le lava con agüita caliente y se le pone trapitos. A la placenta también hay que acomodar bonito porque se sabe hinchar, y cuando nace la placenta le recogemos y le enterramos donde nació el guagüito. Conmigo no se ha muerto ninguna mujer, desde que comencé a acomodar la barriga, nunca se me ha muerto nadie, todos son alentados. Tengo que seguir enseñando, porque si no aprenden los nuestros, ya no sabremos cómo atender. Mi papá decía 'debes enseñar como yo te estoy enseñando a ti', y para eso tengo mis manos hasta donde yo pueda, luego se quedarán en nuestra comunidad. (MC, Tarabita, 2017).

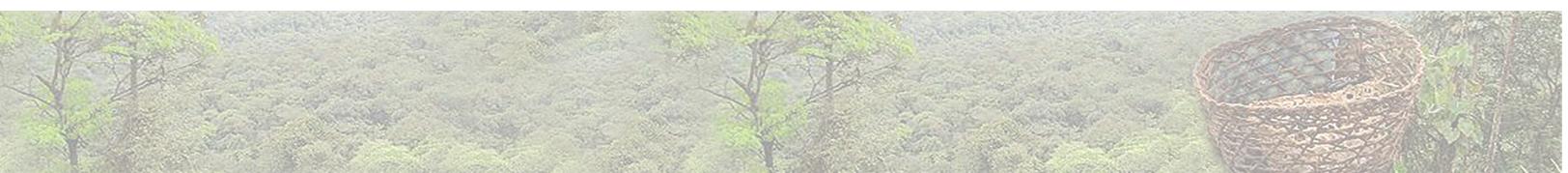
Le pregunto cuántos hijos tiene, me responde que seis, la persona que lo acompaña se ríe y me aclara que Don MC es analfabeto, no sabe cuántos años ni cuántos hijos tiene, no sabe contar, pero que probablemente tiene 65 años y tiene más de 12 hijos.

Los parteros sí han ido a explicar a los centros de salud cómo son los partos y cómo hay que tratar a una mujer. La cultura de nosotros es muy diferente, los parteros tienen su conocimiento ancestral muy secreto. (LC, Palmira, 2017).

Mi marido enseñó, los hombres enseñan, las mujeres no saben, algunas no más, y quería aprender porque mi hija tenía al guagua en la barriga. (LMT, Río Verde Bajo, 2017).

Mi papá me enseñó todo, eso me valió, y cuando fui a San Marcos atendía los partos. Nunca me ha pasado nada en toda la familia en territorio Awá. Desde los 10 años





junto con mi papá ya aprendí a tocar la posición. El que quiere aprender aprende medicina, no importa si es o no hijo mayor, yo ya estoy enseñando a mis hijos a identificar la medicina y para el parto. (JN, Río Verde Bajo, 2017)

Mi papá es un partero, él me enseñó, él decía a usted le toca, vaya con su mujer con confianza. La prueba estaba ahí entre los dos. (HO, Palmira, 2017).

A mí me enseñó mi abuelo, él también curaba el chutún, yo iba con él a todo lado, desde niño, yo le veía qué plantas cogía, él iba diciendo para qué eran. (PC, Palmira, 2017).

Yo veía a mi papá, era prohibido que los niños estén cerca, pero medio necio alzábamos a ver cómo fregaba, así aprendí. No es de fregar no más, es durísimo, hay que saber cómo, sentir la cabecita y ver si no está atravesado, hay que dejarle bien, y cuando ya va a botar al guagua, hay que amargarle a la mujer. Se le hace soplar una calabaza para que afloje, y se le da hierbas para que tome, hay que saber qué hierbas, pero los médicos algunos no creen, creen que los Awá están mintiendo. (STP, San Marcos, 2017).

## 1.2 Relaciones de poder

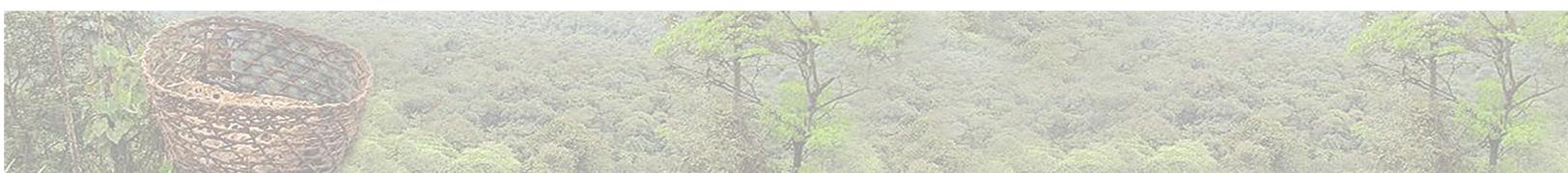
No se identifica una relación de poder, en un sentido de prestigio o de disputa de autoridad entre curanderos y parteros. Tampoco se da una dinámica de coordinación entre ellos, porque cada quien asume un rol diferenciado dentro de la cultura. Lo que sí se puede afirmar, es que son actores reconocidos por la comunidad; su conocimiento sobre la salud ancestral les proporciona poder, pero en un sentido de responsabilidad moral, no de estatus, frente a la comunidad.

No se recurre al curandero para el parto, ni al promotor, pero hay parteros que saben curar. Cada quien hace su trabajo. (ASP, El Tigre, 2017)

Un curandero puede ser también partero, un partero puede ser también promotor, sin que ocasione superposición de funciones dentro de la estructura social. Los actores mencionados, son parte de la comunidad que también es parte de un sistema social mayor, imbricado, que explica las estrategias de organización e interacción de sus actores.

Con el promotor sí existe una diferencia, y es que es una persona entrenada por una institución del Estado con base a conocimientos y procedimientos que no son propios de la cultura Awá, pero que lo aceptan, lo requieren, siempre que no confronte con los principios de la cultura. Adicionalmente, el promotor es pagado por el Estado, y esto genera mucha expectativa entre la población en el sentido de que esperan que los promotores respondan





a las prácticas de medicalización propia de la medicina occidental, como acto de autoridad. (Foucault citado en Montes, 2007).

La relación entre los actores de la salud ancestral y los actores de la salud occidental, se da en medio de una tensión entre concepciones distintas porque cada uno se adscribe a un sistema que tiene un sentido diferente. El partero está para atender el parto, no está para curar ninguna enfermedad, y el centro de salud está para curar al enfermo; el parto es un acontecimiento social y cultural, no es una enfermedad. El curandero está para curar las enfermedades de la montaña, no está para recetar medicamentos, el rito de curación es un acontecimiento social y cultural. El puesto de salud, el centro de salud, el hospital, son percibidos por la población, como el espacio para atender a las personas y curarles de las enfermedades que no son de la montaña, los médicos están para proporcionar vitaminas y medicina que suprime los dolores y elimina las enfermedades del cuerpo; las enfermedades que no son de la montaña no requieren de una ritualidad, ni de un consenso cultural. Según Montes Muñoz (2007):

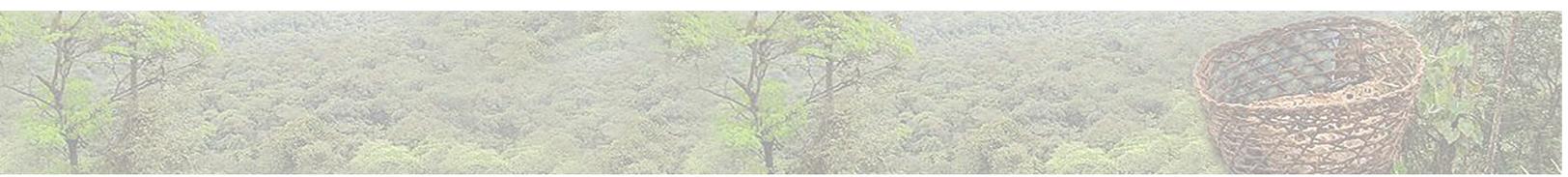
La relación médico/paciente se caracterizará por la pasividad y obediencia del último junto con la no consideración de sus opiniones, iniciativas o decisiones. Es una relación con apariencia de comunicación, puesto que la palabra del paciente no es escuchada. El resultado del encuentro es un consenso social, pero no un consenso cultural. (p.54)

De allí que para lograr una salud intercultural se requiera de un elevado respeto por las formas diversas de ser y de estar en el mundo. Para Xavier Albó (Poats, 2010), la interculturalidad y la globalización presentan una tensión entre una cultura planetaria con un lenguaje simbólico común, pero que exige mayor respeto a tantas formas de ser distintas. Con base a ello, Albó hace una crítica a la Antropología, en el sentido que ha privilegiado estudiar a la gente más pobre y subordinada, descuidando el estudio de las culturas dominantes, lo que ha impedido la generación de conocimiento sobre la mirada del otro. (Poats, 2010)

No existía ninguna relación con los parteros, ellos eran independientes a nosotros, no tenían que ver con nosotros, ni nosotros con ellos, ese es uno de los errores más frecuentes. Ahora tratamos de estar en contacto, se realiza una reunión bimensual con hombres de sabiduría que son los curanderos, los parteros y estamos haciendo un estudio para una integración de los curanderos, porque hay la propuesta de la FCAE para integrarles en las brigadas médicas. Es bonito lo de la interculturalidad, pero estamos en pañales; es difícil que ellos acepten a un mestizo, y que ellos aprendan de un mestizo. (DO, Lita, 2017)

Tuvimos un encuentro con los parteros y habíamos planificado para que nos enseñen y nosotros a ellos, y poder adaptarnos, pero no se concreta. Nosotros intervendríamos para cortar el cordón todo muy aséptico para que no haya hemorragias, porque el ambiente donde nacen es contaminado, pondríamos las primeras vacunas y se entrega la placenta. (DT, San Marcos)





## Relaciones de poder y género

Respecto a las relaciones de poder vinculadas a la concepción de género, se sabe de manera general que las características que se asigna a lo femenino y a lo masculino, determinan los comportamientos que se esperan de cada persona en función de sus características biológicas, produciendo lo que se denomina estereotipos de género, que son negativos tanto para mujeres como para hombres, ya que los estereotipos no permiten que ambos desarrollen sus capacidades y potencialidades, aunque las sociedades asignan mayor prestigio social a lo que se considera como características masculinas.

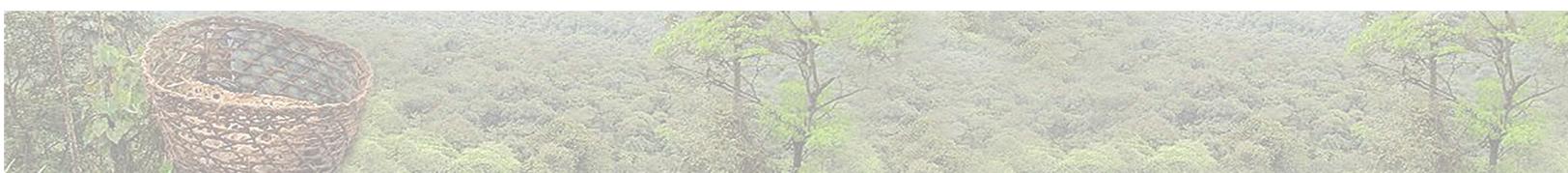
Para Soledad Murillo, "cuando se trata de mujeres la privacidad cambia de signo y se convierte en un conjunto de prácticas que tienden al desprendimiento de sí, más próximas al dominio de la domesticidad. Se cuestiona si las mujeres disponen realmente de un espacio privado o si para ellas lo privado siempre es sinónimo de doméstico. Y Virginia Wolf plantea la necesidad de que las mujeres que han sido pobres y han tenido menos libertad intelectual, dispongan de un espacio para sí mismas, una habitación propia; refiriéndose a la necesidad que tenemos las personas de aislarnos de vez en cuando en nuestro mundo interior" (FondCAM s/f).

Las relaciones de género reciben la influencia de la cultura, la etnia, la edad, etc., de allí que el género no puede ser asumido como un concepto universal (García, 2012), porque depende de cada sociedad, y en esa particularidad es también importante visualizar las individualidades. Pretender que todas las mujeres ecuatorianas somos iguales, o que todas las mujeres Awá son iguales, es ajustarse al pensamiento colonizador que homogeniza y encasilla las culturas. En ese sentido, y con base al párrafo anterior, cabe entonces preguntarse si esa reflexión aplica para las culturas indígenas, particularmente para la cultura Awá, en la que tanto mujeres como hombres sufren toda clase de privaciones, nadie dispone de una habitación propia, ni en el sentido físico, ni figurado. Lo que sí se destaca es que en la cultura Awá, los varones son más valorados que las mujeres, y desde pequeñas a las mujeres se les enseña que su mundo se construye alrededor de la esfera de lo doméstico. Las mujeres trabajan más horas que los hombres y, a diferencia de los hombres, no tienen un rol protagónico en las decisiones comunitarias.

Los valores son referencia en la medida que son culturales más que personales y son compartidos. Los valores se definen con la tradición cultural compartida. El valor que se otorga al reconocimiento que brinda la naturaleza a un recién nacido, a través de cuentos y de leyendas, podría contener criterios morales por su relevancia social. Es un sistema de acción concreto integrado, se da una reacción distinta de la naturaleza, y las dos reacciones son culturales, porque las dos representan soluciones y son parte integrante de la cultura Awá.

Sexo y género son dimensiones de la sexualidad que proceden de la sociedad y de la cultura donde se desarrolla la persona. Sociedad y cultura actúan a través de la familia a partir del nacimiento, y quizás desde antes del nacimiento. El género no es una entidad natural, es producto de una construcción cultural.





El género viene a organizar la estructura social y las relaciones que se expresan en la división sexual del trabajo, en las relaciones de poder, en la socialización e interacción. Entonces el género es también una construcción social.

Se cree que cuando nace un hombre los pájaros se sienten muy alegres y los árboles se ponen a llorar, porque se dan cuenta que el hombre va a producir productos para ellos y a los pájaros no les va a faltar comida. Mientras que los árboles se sienten tristes porque les van a tumbar. Cuando nace mujer en cambio los árboles se sienten contentos y florecen, porque la mujer no le va a tocar nada a los árboles y los pájaros se ponen tristes porque la mujer en cambio no va a cultivar, no va a dar frutos, no va a dar cosechas para ellos. Eso viene desde hace muchos años. (HO, Palmira, 2017)

Cuando nace un varón se mata el mejor gallo, el más grande, porque es un hombre para el trabajo, es una alegría, pero si nace una niña no importa. (DT, San Marcos, 2017)

Cuando nacía varón disparaban para que salga el miedo, para cuando sea grande no tenga miedo en la cacería, si era mujer no porque la mujer no puede disparar, y hasta ahora es así, las mujeres no pueden disparar.” (LC, Palmira, 2017).

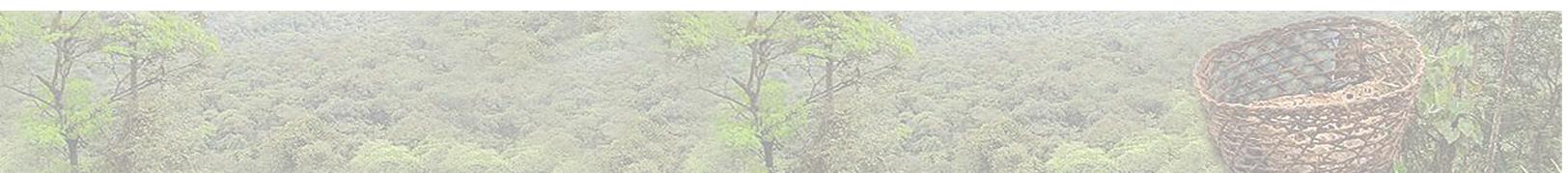
La leyenda refleja una interacción entre personas y ambiente, que viene a representar un sistema de símbolos compartidos en la interacción social efectivizada por la tradición oral.

Un niño en la comunidad, según la cosmovisión Awá, es más fuerte, es un líder que va a ser de la comunidad, se sienten más contentos. Y cuando es niña es más desconcentrado el sentimiento. El hombre va ayudar a trabajar, es más fuerte. En cambio las mujeres tienen derecho de cocinar, de lavar. Pero las mujeres también han tenido su derecho al trabajo lo mismo que el hombre. (HO, Palmira, 2017).

Antes contaban los mayores que cuando nacía mujercita sí la bañaban en agua tibia, pero a los varones no, el agua tibia era agua cocinada y es agua muerta, entonces les hace muy débiles, por eso cuando nacía niño lo bañaban en agua fría y a veces decían también que a las mujercitas para que sean fuertes también les bañaban en agua fría. (LC, Palmira, 2017).

El hecho de una mayor valoración al nacimiento de un varón; la importancia que se otorga al rol masculino dentro de la familia; la ausencia de la mujer en las decisiones comunitarias; la afirmación de las mismas mujeres de que no pueden aprender; el protagonismo de los varones en la transmisión de conocimientos de la salud ancestral -excepcionalmente se encuentran mujeres parteras y las pocas mujeres parteras han aprendido de sus padres, abuelos o esposos- podrían ser tomados como elementos que caracterizan a la población Awá como una cultura androcéntrica, entendida como la forma de conocimiento que privilegia el punto de vista de los hombres, sustentado en un sistema patriarcal que “designa un orden social que establece el sexo como elemento referencial para asignar a cada persona actividades, funciones, relaciones y poderes específicos. Esta red estructurada de poderes,





jerarquías y valores propone unos modelos de masculinidad y feminidad supuestamente universales, dicotómicas y opuestas entre sí. También se sostiene que el patriarcado no es sólo un sistema de organización social que otorga mayor poder y privilegios a los hombres sino una ideología o conjunto de creencias que legitima y mantiene esta situación de poder.” (García, 2012, p.22)

Si son las acciones, más que las personas, las que dan sentido y sustentan una organización social, y que están en la base de las relaciones de poder; y el género es el elemento que articula el poder, cuya manifestación es la división sexual del trabajo, es decir del mundo, se puede afirmar entonces que sí existen relaciones de poder en la cultura Awá, que se estructuran en torno a un sistema androcéntrico como forma de conocimiento y organización social, que se refleja en varios ámbitos, entre ellos en las decisiones sobre la maternidad.

En la cultura Awá quien habla, casi siempre, es el hombre y es a él a quien generalmente hay que dirigirse, y pese a que en la población no existe una cultura de expresividad de afectos en la pareja, la mujer confía en su marido y en el partero para conducir su embarazo en los mejores términos.

No se miran a los ojos, nunca se les ve que se abracen ni que se den un beso, pero siempre van juntos a todo lado. (DT, San Marcos, 2017)

Generalmente la mujer no quiere tomar ninguna decisión sin que esté el marido ahí presente, sin antes consultarle. (AD, Lita, 2017).

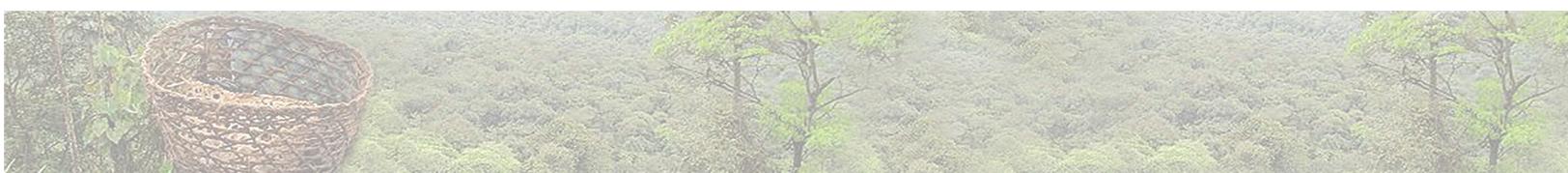
Aquí en la nacionalidad Awá, nos dicen que somos machistas pero no es así. Las mujeres han dado el poder al hombre, sienten que ellas no pueden, pero hombres y mujeres sí pueden, es por la distancia a los centros de salud que ha tocado cumplir la orden de partero a los hombres. (HO, Palmira, 2017).

Es más difícil trabajar con ellos porque se enfrasan en su cultura, algunas ni siquiera hablan español. Toda la familia entra a consulta, no se puede cogerla individualmente, el marido dice lo que tiene la mujer, él es el que dice que está embarazada, ella no habla. (BC, Mataje, 2017)

Usted tiene que verle al hombre, dirigirse a él, él es el que habla, el que decide. Aquí entra toda la familia, pero yo debo dirigirme y explicarle a él. (DO, Lita 2017)

Sería incompleto analizar las relaciones de poder al interior de la cultura Awá, y explicar las relaciones inequitativas a partir del androcentrismo y del patriarcado, sin considerar que existen otras formas de poder que forman parte de un sistema mayor de dominación, que no necesariamente se generan al interior de la cultura Awá, pero sí se revierte en la población, como por ejemplo el no tener acceso a la educación completa hasta el bachillerato y menos a una universidad o formación técnica, afectando sobremanera a la población joven, particularmente a las mujeres, quienes terminado el ciclo básico, la única opción que





se les presenta es la maternidad, o en salir a los poblados más cercanos a trabajar en las plantaciones, en las fábricas o en el servicio doméstico; el no contar con una alimentación y nutrición adecuadas que afecta sobre todo a las mujeres; el no contar con vías que facilite el acceso a los servicios de salud, y varios etc. Las relaciones de poder deben ser vistas en ese amplio entramado, para comprender que “no se puede dar decidiendo”, y que no todos los enfoques, o intenciones por contribuir a superar los problemas son los más adecuados, por el contrario, podrían resultar contraproducentes.

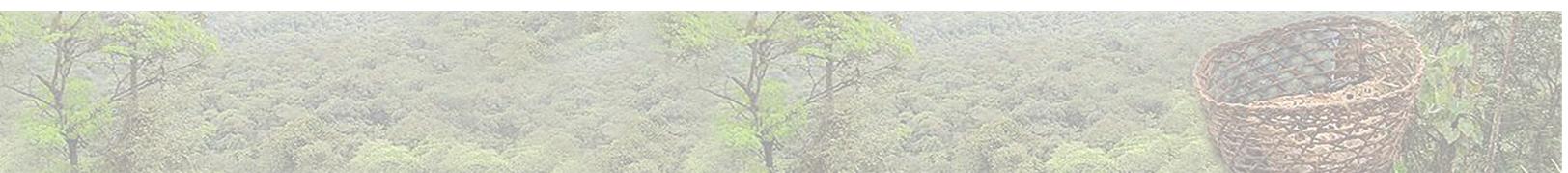
Las madres solteras tienen recelo ir al médico porque les pregunta quién es el papá; de 15, 16 años ya tienen hijos, hay bastantes, salen a trabajar al pueblo y cuando se les pregunta de quién es el hijo, no avisan, se quedan calladitas. (ASP, El Tigre, 2017).

Hace años, la FCAE impulsó acciones para que las mujeres de la comunidad asuman roles de liderazgo, pero las mujeres no llegaron a apropiarse. Se quería que las mujeres Awá tomen decisiones, sean partícipes, pero hay miedo, no expresan y las decisiones toman los hombres. Queríamos ver cómo quieren salud, cómo quieren educación, pero no se llegó a eso y las ideas quedaron sueltas. (LC, Palmira, 2017).

No hay mujercitas curanderas, tienen vergüenza y no pueden aprender. Yo le he dicho que aprendan pero ellas no quieren. (PAT, Río Verde Bajo, 2017)

Las frases, machismo, equidad de género, están en el discurso, tanto en algunos hombres y mujeres de la población Awá como en algunos profesionales del MSP, se habla al respecto señalando que el machismo no contribuye a la superación de la mujer y que es necesario que las mujeres asuman un rol más autónomo. Estos elementos están presentes en la mayoría de culturas, por tanto un análisis sobre las relaciones de poder no puede resultar en el enunciado: indígenas = atraso = machismo. Esto sería caer en un pensamiento etnocentrista y reducido que limita las posibilidades de construir alteridad y una salud intercultural.





## Concepción cultural de salud materno-infantil: desde la mirada de sí y la mirada de los otros

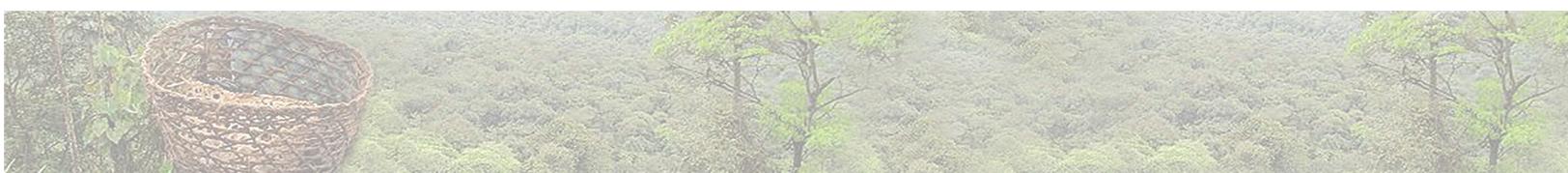
La salud materno-infantil constituye un tema prioritario a nivel mundial, rebasa el ámbito sanitario para convertirse en un tema de derechos humanos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, “la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto.” (OMS, sitio web) Para la Secretaria Ejecutiva de la Iniciativa Salud Mesoamérica, la salud materno-infantil es el reflejo del desarrollo de un país, de su sistema de salud, de cómo la justicia social y la equidad se ven reflejadas en la promoción de una vida sana y productiva para madres e hijos (BID, 2015).

Hablar de concepción cultural de la salud materno-infantil es adentrarse en las percepciones que los distintos actores construyen alrededor de un hecho que rebasa la individualidad de sujetos capaces de procrear. La salud materno-infantil puede tener tantas lecturas como tantas culturas existen en el mundo. Por ejemplo, el parto en el mundo occidental, es por lo general concebido como un acto privado en el que interviene la mujer y el médico, y a lo sumo la pareja, en caso que se le permita. En la cultura Awá el parto es concebido como un acto familiar y comunitario, en el que intervienen la parturienta, su mamá, o la abuela, o una tía, o la suegra o una hermana, y el partero que muchas veces es el esposo; y en otro ambiente de la misma casa, se encuentra el resto de la familia que ayudan en la preparación de los alimentos y de los insumos necesarios.

Toda cultura es creadora de sistemas de relación, y el eje de toda relación es la presencia de otro no siempre comprendido en su totalidad. Es la presencia del ‘otro’ frente al cual se demarcan límites o fronteras imaginarias en función del reconocimiento de su existencia entendida como diferencia. La clave de la identidad está en el reconocimiento del otro. Las culturas desarrollan procesos de adscripción y diferenciación respecto a otras culturas, de allí que sea preciso hablar desde la mirada de sí y también desde la mirada de los otros, que en este caso se traduce en la mirada desde la población Awá y desde los profesionales del MSP, como posibilidad de imaginar la alteridad.

La alteridad no es una variante de la identidad sino su proyecto, en el sentido de que la afirmación del otro no se da sin confrontación en la disputa por la apropiación de sentidos de poder, pasando por el hecho de mirar a ese ‘otro’, como posible amenaza a los propios límites. De este modo, la alteridad es la mejor posibilidad que puede surgir de un juego de miradas con los límites que bordean el conocimiento de los demás.





*Mujer de Gualpi Medio, atendiendo a sus niños en el Puesto de Salud de San Marcos.*

En la concepción cultural sobre la salud materno-infantil de la población, encontramos factores comunes a toda la sociedad, pero también otros que marcan diferenciaciones.

Una mujer Awá tiene su primer hijo, por lo general, alrededor de los 15 - 16 años. La conformación de parejas coincide con la culminación del ciclo escolar que ofrecen los centros educativos cercanos a las poblaciones, lo que implica también un salto abrupto entre la pubertad y la adultez. El hecho de juntarse a temprana edad y procrear, les obliga a varones y mujeres, asumir responsabilidades de adultos respecto a la crianza de hijos e hijas. Aunque esa práctica la realizan antes, cuando son hijos mayores y asumen el cuidado de sus hermanos menores, tarea que recae sobre todo en las hijas mujeres, quienes ayudan a la mamá en las labores de la casa, entre otras cosas: trasladar agua, cocinar a leña, lavar la ropa en el río, cargar la ropa mojada, bañar y cuidar a los hermanos menores, dar de comer a los animales.

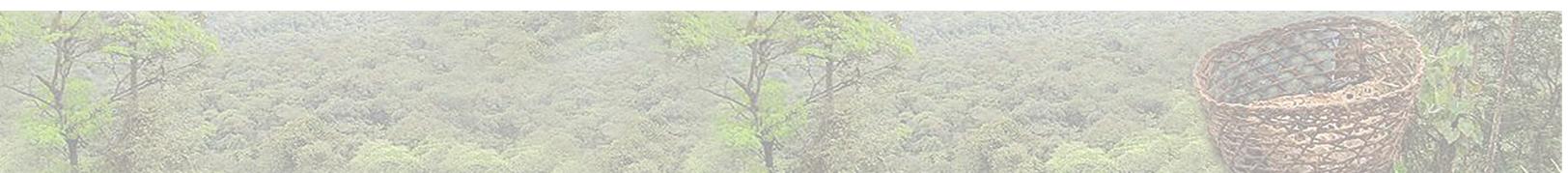
Aquí no se casan, solo se juntan, avisan a las familias y si están de acuerdo ya se juntan, se va aparte a otra casa y enseguida ya se tiene hijos, a veces se conversa para no tener más hijos y ponerse la pila<sup>2</sup>. A veces sí siguen estudiando, pero a veces ya no porque a las 5 de la mañana toca ir a la finca a trabajar, a traer productos, se regresa tarde. (Estudiantes colegio de Mataje Alto, 2017)

La familia puede decidir, a veces los jóvenes vienen de otras comunidades, y si se porta mal le dan de plazo un año, si no cambia, la familia le quita a la hija y regresa la hija a la casa. (JN, Río Verde Bajo, 2017)

---

<sup>2</sup> Le llaman pila al implante anticonceptivo que es colocado debajo de la piel del brazo, por profesionales de los Centros de Salud.





Hay jóvenes que se van a trabajar al otro lado, a Colombia, ya se quedan por ahí, ya se juntan y tienen hijos. (JP, Mataje Alto, 2017).

Para conseguir mujer tocaba ir donde los vecinos, se pedía permiso y así vivimos juntos. Algunos se casan, otros no. (STP, San Marcos, 2017).

No queda muy claro si esos vecinos son otras familias del mismo grupo social Awá. Dicen que las parejas se conversan en las fiestas, en el río, en el monte, luego avisan a las familias su deseo de juntarse, y las familias generalmente aconsejan y aceptan. Una familia Awá, por lo general, está constituida por la pareja, sus hijos, algún tío, tía, algún abuelo, abuela. En promedio son 6 hijos por familia, y en una vivienda pueden vivir 10 a 12 personas, por lo general son familias ampliadas.

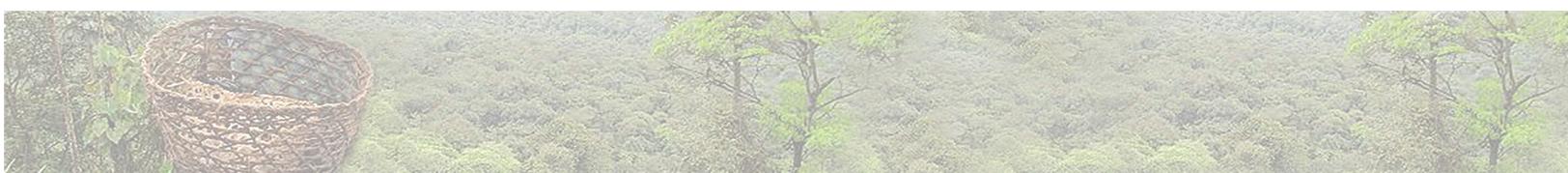
En el sistema de parentesco de la cultura Awá, rige la prohibición del incesto, y pese a los consejos de los adultos, existen varias uniones entre primos. La familia constituye el núcleo del sistema de parentesco y el parentesco es la base del tejido social normado por códigos culturales. Es en el sistema de parentesco donde se reproducen los deberes y las obligaciones, que guardan relación con la vida misma de una cultura. (Lévi-Strauss, 1977, p.33). El incesto, según la antropología estructuralista, es una regla que obliga a los grupos a establecer alianzas con otros colectivos, para regular la unión de parejas y dar origen al tejido social. De este modo, el parentesco rebasa la noción de ser el resultado de la unión entre dos personas, para ser entendido como una alianza entre grupos o familias a los que la pareja se pertenece.

Habría que profundizar en el ámbito de los lazos de consanguinidad y afinidad de las comunidades Awá, para analizar las dinámicas de relacionamiento y de estructura social. En todo caso, las relaciones de parentesco se construyen en torno a las uniones entre miembros de la cultura Awá, en las que surge un derecho de sangre y un derecho de nacimiento en el territorio. Estas dos características proporcionan una noción de identidad y de estabilidad respecto a la sociedad, y al derecho de herencia y división territorial, que va de generación en generación, en la que el hijo mayor tiene derecho a heredar mayor cantidad de tierra que sus hermanos menores.

Adicionalmente a las dos características mencionadas, existen también uniones con personas que no son de la nacionalidad Awá que, eventualmente, pueden ser reconocidas por la comunidad, en la medida de sus acciones y servicios a favor de la población como la participación en mingas. Al menos, se conoció directamente el caso de una mujer Awá unida con un mestizo. El hombre era reconocido como socio activo, y en ocasiones la directiva le confiaba la representación ante gestiones con autoridades de la provincia. Pero también se conoció el caso de un hombre Awá casado con una indígena de la sierra, a quien la población no la aceptaba, ni la reconocían como parte de la comunidad, contrariamente al caso anterior, la mujer manifestó ser discriminada.

Respecto al ámbito de la sexualidad y las relaciones sexuales, estos son temas que no se abordan al interior de las familias. Los hijos, a medida que crecen, van descubriendo por sí





mismos lo que implica las relaciones de pareja. El hecho de que en las comunidades Awá no exista acceso al internet hace que la disponibilidad de información sea aún limitado y, sobre todo, normado. Relativamente, esto podría interpretarse como una ventaja comparativa, en el sentido que las y los jóvenes no se encuentran tan expuestos a todo tipo de información indiscriminada, que resulta perjudicial si no existe un acompañamiento adecuado.

Sin embargo, se puede advertir en las comunidades que esa exposición de los jóvenes es cada vez más inevitable. Por ejemplo, los jóvenes disponen de celulares, la migración de jóvenes varones y mujeres hacia centros poblados por temas laborales va en aumento. Estos y otros factores, sumados a la ausencia de formación en temas de sexualidad, podrían devenir en mayor vulnerabilidad de los jóvenes para enfrentar los problemas característicos del mundo urbano.

Al preguntar a las mujeres Awá si alguien de sus familias les habló acerca de la menstruación, y si antes de vivir con sus maridos conocían algo sobre las relaciones sexuales, el embarazo, el parto; dijeron que no. A lo sumo, es en la escuela, a través del currículo de educación básica establecido a nivel nacional, donde acceden a la educación sexual.

Estaba muy asustada la primera vez. Una sin saber cómo era. En la casa no se habla, ni los papás con los hijos. (Grupo focal, Mataje Alto, 2017)

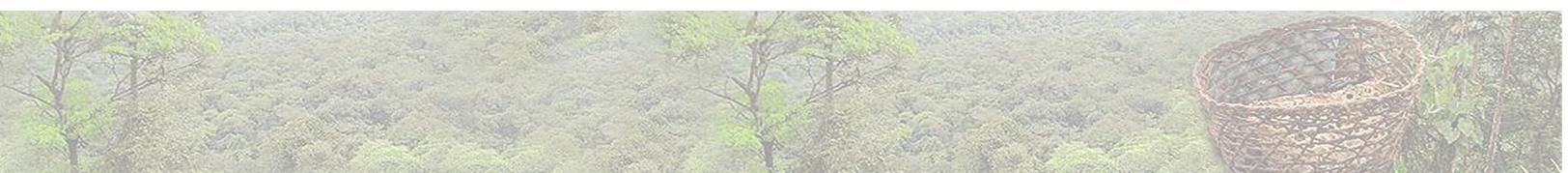
## 2.1 Embarazo

Cuando se ha preguntado a la población acerca de la importancia de una mujer embarazada, del embarazo, del nacimiento de un hijo/a, responden que es algo muy importante para la cultura, para la comunidad, y por eso es en la comunidad donde tiene lugar este acontecimiento.

Para el MSP, la población Awá no asigna mayor importancia a la salud materno – infantil, las mujeres acuden a los servicios de control prenatal, en el mejor de los casos hasta 5 veces en todo el período del embarazo. Llega el séptimo mes y dejan de ir a los controles, la principal razón es la lejanía entre las comunidades y el centro de salud, y el difícil acceso que les obliga a caminar entre 3 a 8 horas, dependiendo del clima y de la ubicación de la comunidad, atravesando trochas, pendientes, ríos, lodazales. De acuerdo al MSP “tampoco existe en la cultura Awá una relación entre atención prenatal y un satisfactorio trabajo de parto y alumbramiento.” (MSP, 2016)

Las mujeres Awá dicen que no acuden a los controles con la frecuencia necesaria, porque sienten temor de ser examinadas, de que el personal médico les haga preguntas que no entienden, y examinen sus cuerpos. No se sienten cómodas y rechazan esas prácticas que no van acorde a su cultura. Esta concepción se basa en que son sus maridos los únicos que





pueden tocar y mirar el cuerpo de la mujer. De allí que la mayoría de esposos hacen de parteros o, en su defecto, buscan a un partero de la familia, o de la comunidad, para que atienda el parto. Pero el esposo siempre está presente.

La atención de la salud materno-infantil en el Ecuador está institucionalizada, y aunque existen grandes esfuerzos por fortalecer las políticas públicas de la salud intercultural, la institucionalidad está mediada por pautas que responden a la cultura occidental. Lo que provoca tensiones que son parte del sistema de acción, de valores y creencias cognitivas. La dificultad tiene que ver con un conflicto con las realidades; la realidad de la población Awá, y la realidad de quienes brindan los servicios de atención en salud materno-infantil.

El seguimiento si se ha logrado aumentar un poquito para hacerles los controles mensualmente, darles medicación, vitaminas y consejería nutricional. (AD, Lita, 2017).

Vienen hasta la semana 32 a los controles, hemos logrado eso. Ha aumentado la afluencia de mamás, son 16 mamás que están recibiendo vitaminas y atención completa. (DT, San Marcos, 2017)

Bajamos al centro de salud porque nos dicen que hay que hacer los controles. (Grupo Focal, Río Verde Bajo, 2017).

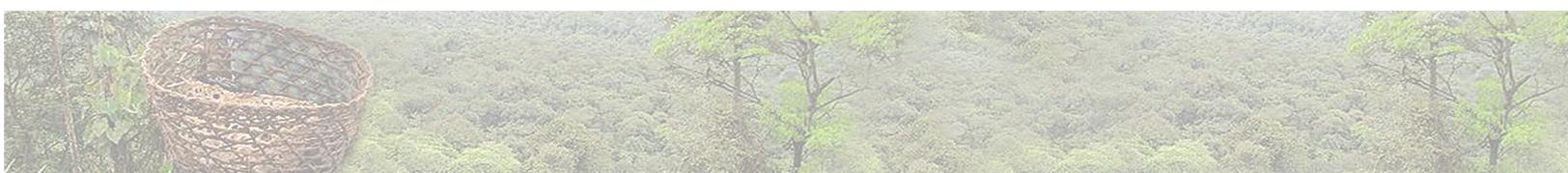
Se hace la profilaxis porque en el embarazo tienen riesgos de gingivitis y puede nacer un bebé prematuro. Se les concientiza sobre la importancia de la salud bucal. Ahora ya tengo pacientes de 8 meses porque la prevención empieza en el embarazo. Vienen también los niños y dicen quiero limpiarme la muela, porque no tienen cepillo ni pasta dental. (JA, San Marcos, 2017).

Los parteros cuidan con sobada, con hierbas, con agua. Solo cuando hay problemas se va al centro de salud. Allá se va dos o tres veces en embarazo porque el médico dice, pero en el centro de salud no soban, no cuidan. (LMT, Río Verde Bajo, 2017).

Ellos no tienen esa costumbre, hemos formado un club trayéndoles lana para reunir a las mamitas embarazadas y explicarles la importancia de los controles y de las vacunas, porque no se acercan, no asimilan. (LE, San Marcos, 2017)

El rol se organiza en función de las expectativas en un contexto de interacción. La institución es una unidad de la estructura social, conformada por roles, o sea por relaciones sociales, integrados con significado estructural en un sistema social. Las expectativas institucionalizadas son cumplimiento de obligaciones en relación a intereses del sistema social. Se espera que las mujeres Awá accedan y cumplan con los controles médicos, no solamente porque el médico dice, sino por una necesidad asumida y sentida. Pero cuando no se comparte las pautas culturales, no se puede generar un sentido de responsabilidad en el cumplimiento de obligaciones.





En el imaginario de las mujeres y hombres Awá, no empata la importancia de la salud materno-infantil, con la necesidad de los controles prenatales que además implica movilizarse varias horas, con ser atendidas por alguien que no es de la comunidad, con exponer sus cuerpos y someterse a preguntas que muchas veces no comprenden.

Las mujeres tienen recelo de ir al centro de salud porque está muy lejos y es peligroso caminar así embarazadas. (ASP, El Tigre 2017).

Pero a veces también ocurre que en los propios centros de salud no brindan la atención adecuada.

A veces no quieren atender en el centro de salud de San Lorenzo, me dijeron que tengo que ir a la parroquia, a Mataje, pero no tengo dinero para ir allá. A mí dijeron que si no está enferma para qué viene (Grupo focal, Mataje Alto, 2017).

## 2.2 Parto

A las mujeres no les gusta ir al subcentro a dar a luz porque para dar parto allá les dejan desnudas y cosmovisión Awá no somos eso. Dicen que los doctores les mandan dedos, eso no les gusta y no quieren, dicen que les van a operar la barriga y eso ellas no quieren. (ET, Palmira, 2017)

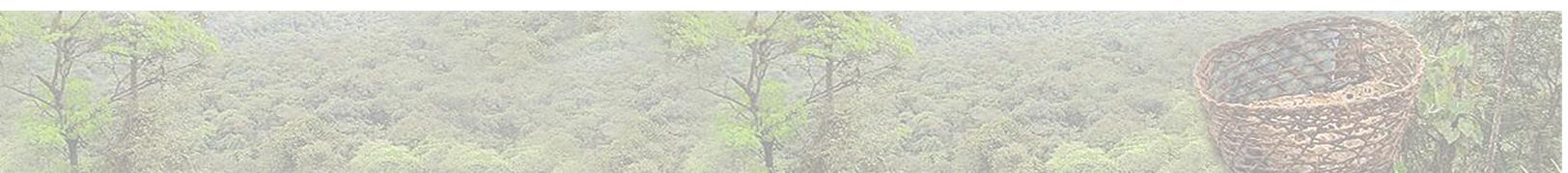
Cuando una mujer se va a dar parto no se desviste, en cambio en el subcentro le sacan todo, yo sé que están los doctores, pero acá es diferente, acá sólo el esposo le puede ver, así es la cultura, así manejamos. Yo como esposo estuve al lado de mi señora, hizo un parto normal con partero, con los palos para sostener, con poquito de manteca de boa en la barriga para que pueda nacer bien, si pone mucho es peligro. Allá no, no se puede estar ahí, y a cada rato le miran y hasta le hacen cesárea. Solo de emergencia vamos al hospital. (LC, Palmira, 2017)

Casi todas las mujeres de la comunidad realizan sus partos en las casas. Los parteros son sus propios esposos, a veces piensan que los parteros desconocen, pero son muy conocedores de la cultura. (HO, Palmira, 2017).

Ellos creen que venir al médico a dar a luz aquí es sinónimo de hospital y cesárea. Ha sido un trabajo convencerles que no es así, incluso Lita cuenta con una sala de parto cultural con lo mínimo indispensable pero con todas las propiedades para el parto cultural de libre posición, como ellas decidan dar a luz. (DO, Lita, 2017).

En la casa se da comida a la mujer, en centro de salud no dejan. (LMT, Río Verde Bajo, 2017).





La población Awá otorga mucha importancia a la atención en los centros de salud, en la medida que las mujeres reciben vitaminas y medicina; mientras que el elemento de confianza son los parteros, quienes acuden al llamado de la familia para atender a la mujer en el parto; ellos soban el vientre de la parturienta y van acomodando al guagua en posición cefálica; esa es la costumbre y no ven porqué eso tendría que cambiar.

A veces abrazando un palo cruzado, o de rodillas, así nos ponemos; los parteros atienden y alzan al guagua, así es mejor. (Grupo Focal, Palmira, 2017)

La costumbre es que les atiendan los esposos, la mayoría son parteros, pocas veces vienen acá las mujeres. (JA, San Marcos, 2017)

La que está incómoda es la mujer, el marido está tranquilo, pero es ella la que no quiere ponerse en posición ginecológica, y ella le dice al marido ven tú. Siempre dan a luz en cuclillas, esa es la posición ideal, ese parto es humanizado, está la familia, está la pareja que le ve nacer a su hijo. (DT, San Marcos, 2017)

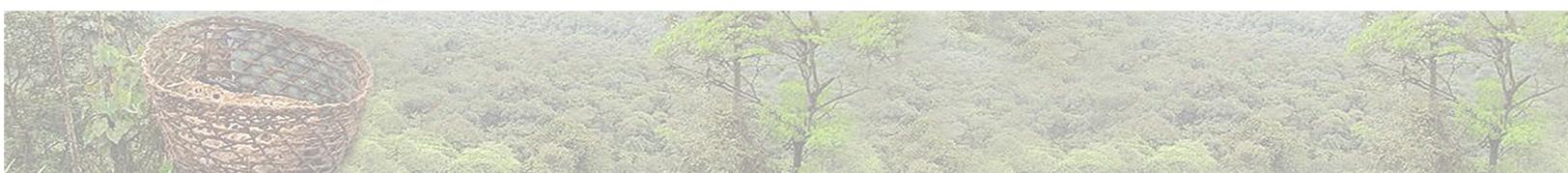
Hay un aspecto emocional que tiene que ver con el hecho de estar tranquilas, sentirse bien, estar a gusto, sentir que son ellas quienes tienen el control sobre el proceso del parto. Hombres y mujeres Awá siempre han defendido esta experiencia y quieren seguir haciéndolo. No rechazan la medicina alopática, consideran que son importantes las vitaminas y la medicina para los niños y los adultos, requieren y expresan lo significativo que es para la comunidad la presencia de los promotores y de los profesionales de la salud, piden y exigen que así sea. Pero la salud ancestral, y el parto en casa en particular, son experiencias que las sienten suyas, de la familia, de la comunidad, porque están llenas de información y simbolismo que le dan sentido a la cultura.

El parto es un hecho biológico, pero es también un hecho cultural. Para los Awá, los protagonistas del parto son las mujeres, las familias, los parteros. Es allí donde se efectiviza la medicina ancestral como un conjunto de saberes, tradiciones y costumbres transmitidas oralmente, que se actualizan en el presente, y continúan enriqueciéndose con la experiencia y conocimientos de sus actores, otorgándole el carácter dinámico a la cultura.

El parto en casa es para las mujeres, la posibilidad de sentir y tener autonomía para nombrar su realidad. En la casa, las parturientas se mueven, caminan por donde ellas quieren, están como ellas quieren estar, con la vestimenta más cómoda para ellas, siempre abrigadas, siempre cubiertas. Por lo general es el marido, la mamá, una hermana, quienes también están allí, presenciando, apoyando, calentando el agua, preparando 'los trapitos', colocando hojas en el piso, preparando las infusiones, la comida, calentando el ambiente.

Recurren al médico sólo en caso de emergencia. Pero el médico, dicen ellas, no sabe acomodar, el partero sí, es en el partero en quien confían, porque es el partero quien tiene el conocimiento y la comprensión de ese mundo de origen y destino; muchas veces es el marido, es decir, su hija o hijo es quien está por venir al mundo. Los acompañantes no tienen que ir a una farmacia a comprar la medicina, porque el partero sabe qué plantas son las





apropiadas para el momento, las plantas están a la mano. Los acompañantes no tienen que preocuparse de conseguir dinero para comprar comida; la comida está siendo preparada en la casa, quizás no es la más nutritiva, pero está allí para todos, sobre todo para la parturienta. El parto es un compartir familiar al calor de la leña. No son muy conscientes de los efectos y consecuencias que ocasiona el humo de la leña, pero sí son conscientes del poder de los conocimientos que permite que la memoria de los ancestros no sea borrada, y sea más bien uno de los ejes de sentido de identidad de la cultura Awá.

Dicen que cuando alguien va a dar a luz, toda la comunidad está pendiente. Dicen también que la mujer es importante, que por eso se prepara todo; y cuando nace el bebé, toda la comunidad le ayuda con ropita o con pañalitos. Luego de parir las mujeres no se quedan solas, esta seguridad basada en la confianza que brinda el entorno y el conocimiento empírico, es lo que no quieren perder las mujeres ni la comunidad; el derecho a sentirse unidas al bebé y a su familia.

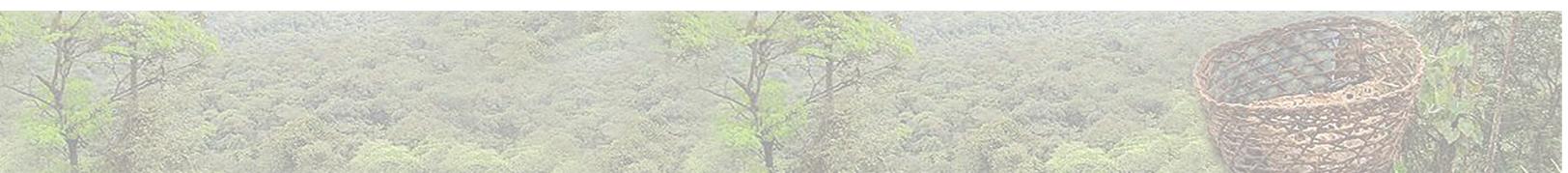
¡Uy! es toda una emoción, es importante, imagínese, es una alegría porque nace. Yo le atiendo a mi mujer. (ASP, Río Tigre, 2017).

En las urbes hay ilusión o disgusto porque un hijo les va a cambiar la vida, aquí no, eso es natural, se quedó embarazada y ya, no preparan nada para recibirle, nace un hijo y enseguida otro y es parte de su trabajo. Cuando nace un niño/a ahúman la casa porque hay un niño nuevo y le puede entrar los espíritus. (DT, San Marcos, 2017).

Se afirma, de una parte que en la cultura Awá no existen manifestaciones explícitas de afecto, pero cuando se pregunta a la población Awá, hombres y mujeres verbalizan su emoción. No todas las culturas desarrollan las mismas pautas de expresividad, ni siquiera ocurre al interior de una misma cultura. Sin embargo, existe la tendencia a considerar que las pautas de comportamiento de la cultura occidental son universales; es fácil construir el discurso de la diversidad y de la interculturalidad, pero no es fácil efectivizarlo mientras no se moviliza el imaginario que deviene de la cultura en la que el ser humano se forma. El contexto cultural marca la forma en que se manifiestan y se valoran las expresiones de afecto, que son leídas desde códigos aprendidos. Las miradas evocan construcciones simbólicas como patrones generalizables, el reto es identificar aquellos elementos que permiten deconstruir las percepciones para incorporar nuevas miradas que contienen la mirada de sí.

Quizás, el embarazo y el parto no contienen los elementos reconocibles desde la mirada del observador. El observador traslada su mirada desde la subjetividad; al interpretar la realidad el observador incorpora sus propios sesgos que tienen que ver con una historia personal, cultural, contextual y un momento histórico. En ese sentido, las miradas siempre serán incompletas.





## 2.3 Postparto

La mortalidad materna y neonatal es uno de los indicadores que a nivel mundial refleja las condiciones de vida de un país. El Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, menciona que los dos objetivos relacionados a mejorar la salud de las mujeres y los niños son los que más lejos están de su consecución. (UNFPA, 2013: Prólogo). En el mundo, aproximadamente 350.000 mujeres mueren a causa del embarazo o el parto, esto es mil mujeres por día; y cerca de 2 millones de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida. (UNFPA, 2013). Entre las causas están las complicaciones obstétricas y la insuficiente cantidad de parteras cualificadas. Según estimaciones de la OMS, “algunos países necesitarán multiplicar por más de diez la cantidad de parteras, y la mayoría requerirá duplicar, triplicar o bien cuadruplicar su personal de partería a fin de mejorar la calidad y la cobertura de los servicios.” (UNFPA, 2013: p. iv). De allí que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en su Objetivo 3: salud y bienestar, señala como una de sus metas hasta el 2030 reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (ONU, 2015)

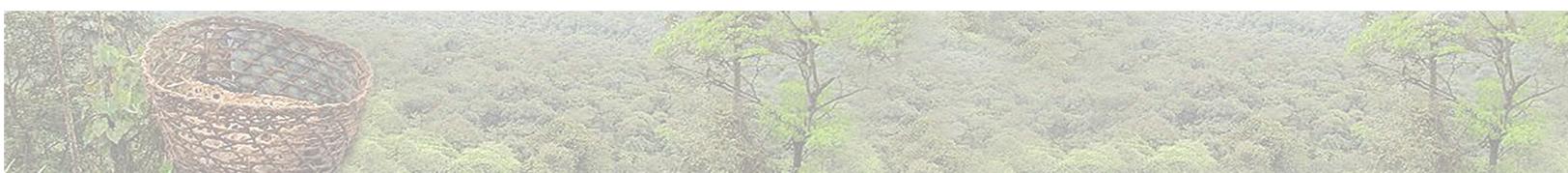
Contrariamente a lo que se podría pensar, en la población Awá no existe mortalidad materna, fetal ni neonatal. Pues, según registros del MSP, entre las principales causas de morbilidad en la población Awá, están la parasitosis y las infecciones respiratorias asociadas a las condiciones sanitarias y ambientales, agravadas por la mala nutrición; pero esta morbilidad, según datos expuestos por el Coordinador del presente estudio, se registra sobre todo entre la población joven.

No hay muerte de niños, muy poco cuando van a trabajar y se golpean la barriga, pero no por parto. Las ventajas del centro de salud es que les dan vitaminas a los niños porque a veces nacen desnutridos, nacen chiquititos, entonces para que salga alentadito. Apenas nacen les digo que al mes vayan a la vacuna, allá en la comunidad no hay promotor, no hay puesto de salud, entonces toca estar pendientes de todo. (ASP, Río Tigre, 2017).

En territorio Awá, a veces se juntan de 13 años, y no ha habido complicaciones ni hemorragias, todos son parto normal. Toca estar haciendo controles, dándoles hierro en el centro de salud. Lo que sí hay es que nacen de bajo peso pero desarrollan bien. Pocos casos de aborto por antojo, pero no avisan. (JN, Río Verde Bajo, 2017).

Cesáreas y mortalidad materno-infantil aquí no. Dentro de las causas más comunes de cesárea es por fallas biológicas de la paciente o porque hay una desproporción entre el feto y la pelvis de la mujer, pero con los Awá eso no pasa porque son múltiparas, paren muy fácil. No se ha reportado muerte materna o neonatal. (AD, Lita, 2017).

De mi parte que he estado parteando no, no pasa nada, nacen bien y eso es normal, así debe ser. Yo estoy todo el tiempo, desde que me llevan no salgo, ahí estoy con la compañera, hay que alzarla hasta que sale el niño, a veces en vela, hasta dos días, no



las dejo por nada. Los niños nacen desnutridos y las mujeres trabajamos muy fuerte y no tenemos el alimento. (MEC, Mataje Alto, 2017).

Cuando son chiquitos recién nacidos no da muchas enfermedades, solamente tos y si está bien grave vamos directo al hospital, porque un bebé no aguanta, un grande puede decir qué le pasa pero un bebé no avisa. Entonces le llevamos directo, no le podemos tener pero sí podemos revisarle. (PAT, Río Verde Bajo, 2017).

Tengo 4 hijos y 2 abortos, fue con hemorragia, uno de 3 meses y otros de 2 meses. (Grupo focal, Mataje Alto, 2017)

No, muerte materna por dar a luz, no hay. Pero si alguien se muere no va por un certificado de defunción, y tampoco se sabe de abortos. No tenemos pruebas rápidas para detectar embarazos, no se registra y no tenemos la seguridad de que haya abortos. (DT, San Marcos, 2017).

El seguimiento si se ha logrado aumentar un poquito para hacerles los controles mensualmente, darles medicación, vitaminas y consejería nutricional. Impresionantemente ellas llevan sus embarazos a término, no tienen complicaciones ni en el parto, ni en el posparto, no vemos hipertensión, no vemos diabetes, lo que sí podemos ver son discapacidades porque se juntan entre primos. (AD, Lita, 2017).

En la cosmovisión Awá, las mujeres deben descansar 40 días luego del parto, sin salir de casa. Esta es una costumbre que la vienen practicando desde siempre, dicen, porque es el tiempo estimado para que el organismo de la mujer se recupere y junto a su hijo/a estén en condiciones de exponerse fuera de la casa.

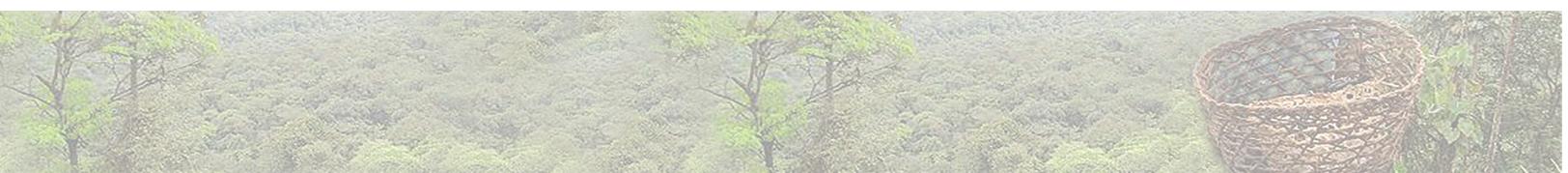
Por su parte, el MSP en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), establece la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), que tiene por objetivo "mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y posparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional." (MSP, 2013). Esta estrategia se liga a las recomendaciones internacionales, establece la implementación de acciones tendientes a disminuir la mortalidad materna provocada por hemorragia posparto, y a disminuir la mortalidad neonatal considerada como el período más vulnerable y crítico de la vida. Una de las acciones es que los integrantes del CONE Comunitario, identifican a las mujeres embarazadas y recién nacidos para proporcionarles la atención básica necesaria.

Vuelven cuando el guagua tiene un mes o mes y medio. Ahí captamos para las vacunas, no hay resistencia a las vacunas. (VP, Lita, 2017).

La mujer tiene que estar 40 días, porque puede dar hemorragia de la caminata. En 40 días el cuerpo ya tiene resistencia. (JN, Río Verde Bajo, 2017)

No vienen, ellas tienen que estar 40 días en cama. Las más jóvenes vienen antes, sobre





todo a la vacunación, pero no vienen por ellas. Nosotros les vemos a los niños al mes. (DT, San Marcos, 2017).

Se ha rescatado la atención neonatal, antes de la llegada de la Obstetrix no venían a la consulta, se hacían atender con sus parteros nada más. (DO, Lita, 2017).



*Mujeres acuden al Puesto de Salud de San Marcos para recibir atención médica.*

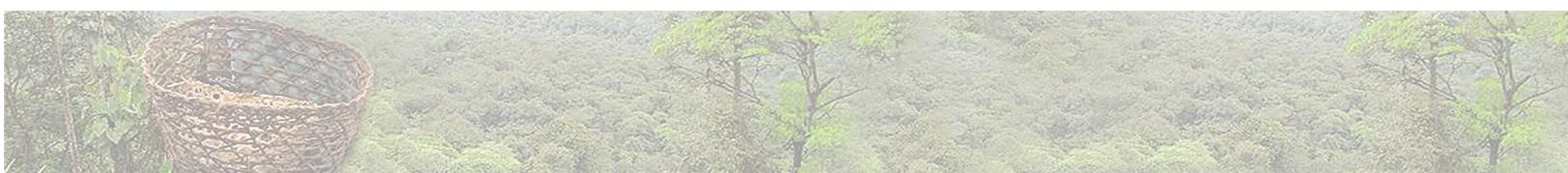
## 2.4 Cordón umbilical y placenta

Cuando nace el bebé, no cortan inmediatamente el cordón umbilical, sólo después de que nace la placenta, de lo contrario, dicen, se puede enfriar, y para que eso no ocurra, el cordón debe permanecer conectado al bebé, de esa manera se mantiene el calor en la sangre que va desde el guagua hasta la placenta, y así esta nace sin problema. Mientras que en las unidades de salud, cortan el cordón umbilical apenas nace el bebé, y eso –dicen- no está bien ni para la mujer ni para el bebé. Además, el corte del cordón umbilical lo hace el esposo o un familiar, mientras tanto, el partero no deja de sobar el vientre de la mujer y le da a tomar infusiones que le abriguen el cuerpo. Una vez que nace la placenta, la envuelven en hojas y la entierran.

En todo el mundo, en muchas culturas, se mantiene la tradición de enterrar el cordón umbilical y la placenta bajo la casa porque se les considera un elemento vivo en estrecha conexión con el ser que nació, un hermano espiritual. Se sabe por ejemplo, que en algunos pueblos de Indonesia, la placenta es el hermano o hermana menor del recién nacido; en Sudán la placenta es el retrato del hijo; en Nueva Zelanda se fabrican urnas de barro con decoraciones de figuras mitológicas para enterrar la placenta; en algunos pueblos andinos del Ecuador, se amarra un hilo de color rojo al cordón umbilical, simbolizando la vida, y a la placenta se la entierra bajo un árbol para que la persona no olvide de dónde viene.

Entre el nacimiento del nuevo ser y el enterramiento del cordón umbilical y la placenta, media la vida y la muerte como acontecimientos permanentes en la historia de la humanidad. Una historia a la que necesitamos impregnarle de mitos para reinterpretarla.





Los mitos llenan las enormes brechas que descubre la interrogación humana y, sobre todo, se precipitan en la brecha existencial de la muerte. Allí, no sólo aportan la información sobre el origen de la muerte, sino también la solución al problema de la muerte, al revelar la vida más allá de la muerte. (Morin, 1999, p. 178)

A veces se considera que el mundo mítico-mágico, corresponde a sociedades no desarrolladas que se quedaron ancladas en el pasado. Pero existe una cohabitación e interacción entre pensamientos. La diferencia es que en las culturas occidentales no se vive el mito y se los considera desde el exterior, mientras que las culturas indígenas viven los mitos como verdad. (Morin, 1986, p.169).

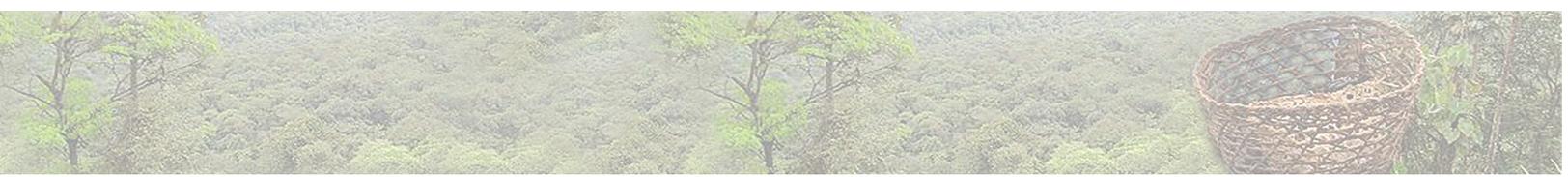
El mito “al igual que el símbolo, ejerce una función comunitaria y, aún más, podemos preguntarnos si una comunidad humana es posible sin cimientos mitológicos.” (Morin, 1986, p. 173). Los mitos no son la explicación del mundo, porque son reinterpretados constantemente, y están relacionados con la conformación de las identidades. Contienen “entidades vivientes que, en sus actos concretos y en sus eventos singulares, crean el mundo, suscitan todos los fenómenos y hacen su historia. (Morin, 1986, p. 175). Los símbolos, los mitos, las ideas, están contenidas en la cultura y noósfera, son su memoria. “Desde el punto de vista de la noósfera, son entidades hechas de sustancia espiritual y dotadas de cierta existencia.” (Morin, 1992, p. 116).

El enterramiento de la placenta en la cultura Awá, obedece a ritos ancestrales y forma parte de la concepción cultural de la salud materno-infantil, porque tiene que ver con un acto de continuidad, ligado al cuidado de la mujer y del niño/a que acaba de nacer. Lo que se busca con el ritual, a través del uso de materiales que brinda el medio (madera, hojas, agua) es la protección tanto de la madre, evitando cualquier complicación en el parto, y proporcionar bienestar y tranquilidad a la familia, a través del entierro de la placenta, asegurando un vínculo entre el recién nacido y la comunidad. La placenta representa otro hijo, por lo que no puede ser desechada así no más. Son en suma, ritos protectores que consolidan la relación del recién nacido con la tierra.

Acá se utiliza cuchillo de guadua, desinfectado, ahí le tiene hasta que calme el movimiento de la placenta para que reciba todos los nutrientes el niño, después le corta el cordón, le desinfecta y le pone una venda. (JN, Río Verde Bajo, 2017).

En el hospital no saben, allá le cortan el cordón con tijeras, acá es con chonta afilado, esa es la diferencia. En el hospital botan la placenta, acá los mayores dicen que como nace aquí esa placenta se ataba con una hoja bien amarrada con lianas, la entierran donde nació el niño, debajo en la tierra, aquí tiene que enterrar porque ahí nació para que tenga derecho a la herencia. Eso seguimos haciendo, eso hace más el papá. El entierro toca poner a 50 centímetros, bien plano, no inclinado, para que los dientes y las muelas nazcan rectito. Por eso las mujeres no quieren ir al hospital. La placenta es de un niño, de una persona, los mayores decían que si se bota la placenta el espíritu se va a ahogar y no va a sentirse bien. (LC y MN, Palmira, 2017).





La placenta es un hijo más que nace, no es que le botan no más. Por eso le entierran cerca de la casa, y la mamá no puede caminar alrededor de la placenta. (LE, San Marcos, 2017).

Siempre se entierra la placenta donde nace el niño, envuelta en hojas. Hay que enterrarla para que no le coma el espíritu, si le botamos no más viene el mal espíritu y le toca al niño y caen enfermos. Allá, los doctores, las enfermeras a dónde le botarán. (MEC, Mataje Alto, 2017).

La placenta siempre se entierra debajo de la casa, así nos enseñaron, yo sé dónde está enterrada mi placenta y digo ahí está mi pupo. (ASP, El Tigre, 2017).

El cordón se cae después de 8 días y le enterramos cerquita de la placenta, no en cualquier parte. (Grupo focal, Mataje Alto, 2017).

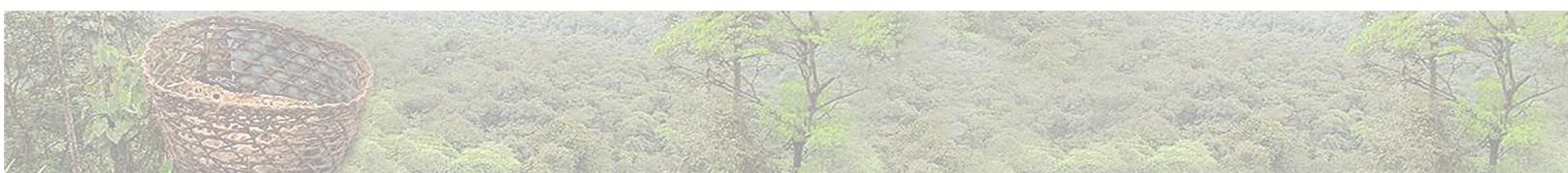
## 2.5 Planificación familiar

La planificación familiar está en el campo de la salud sexual, es un concepto que alude a la facultad y al derecho que tienen las personas a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y a decidir sobre el número de hijos que desean procrear. La planificación familiar, desde la perspectiva médica, reduce el número de embarazos no deseados y, como consecuencia, reduce también los riesgos de mortalidad materna asociados a factores como alta paridad, edad y problemas de salud de la mujer gestante, entre otros.

La sexualidad y la reproducción familiar conllevan valores culturales, es donde se gesta, se imagina y se construye la vida de una comunidad; en la reproducción familiar están inmersas categorías religiosas, espirituales, sociales, económicas, políticas, que en un contexto relacional dan sentido a la comunidad. La maternidad, en muchas sociedades, sigue siendo el eje articulador entre la feminidad y la sexualidad, pero también entre la masculinidad y la sexualidad. Por ello, la planificación familiar no puede ser el resultado de una mirada parcializada que no contemple factores culturales; abordar el tema desde una sola mirada, limita y reduce su comprensión y su impacto en la población; tratar la planificación familiar desde un paradigma clínico y de derechos individuales, es limitar y desvirtuar la comprensión de las diversidades culturales y de la propia posibilidad de una salud intercultural. Pensar que las concepciones socioculturales que no concuerdan con los parámetros de la cultura occidental, son aspectos propios de culturas que no se han desarrollado, es mirar la salud materno-infantil desde una lógica etnocentrista que imposibilita relaciones de alteridad.

En las comunidades indígenas, la reproducción está en la base de la lógica comunitaria. Sin reproducción familiar, sin hijos, la comunidad se resquebraja. El embarazo y el nacimiento tienen lugar en el cuerpo de la mujer, pero también en la familia y en la comunidad. En la comunidad se gestan interacciones atravesadas por relaciones de poder, que a su vez gestan a la comunidad; en ella, el nacimiento se convierte en un acontecimiento social y cultural.





La mujer Awá crece aprendiendo que su principal función es el cuidado de los hijos, de la familia, de los otros. El autocuidado como concepto, está lejos de ser comprendido desde la individualidad, porque la autorrealización y trascendencia está dada por la capacidad reproductiva; el cuidado siempre está en relación a un otro, y ese otro es el marido, son los hijos, es la familia, es la comunidad.

Esta concepción es un aspecto clave que marca una diferencia en las representaciones e imaginarios entre el mundo indígena y el mestizo, respecto a lo deseado y lo no deseado. La lógica de la reproducción familiar para las comunidades Awá es un asunto que rebasa la noción de derechos individuales porque tiene que ver con el ciclo de vida comunitaria. La planificación familiar no forma parte de la cosmovisión Awá como un recurso de autocuidado. Los hijos son la presencia y posibilidad de preservación cultural asociada a la tierra, a los recursos naturales, al idioma, a las costumbres y tradiciones. Pero también tiene que ver con las escasas posibilidades de realización que tienen mujeres y hombres en cuanto a metas profesionales y ocupacionales. La primera opción para hombres y mujeres, cuando han accedido y han culminado la educación básica, es conformar una pareja y una familia.

Algunas mujeres y hombres entrevistados, afirman que ahora recurren a la 'pila', debido a las condiciones económicas que enfrentan, generalmente se colocan el implante luego del primer o segundo hijo.

Anteriormente no había una planificación. En la cultura tener más familia era mejor. Porque cuando se tiene más hijos cumple más órdenes en el trabajo, le ayudan a hacer los quehaceres de la mamá. Entonces, por esa situación nuestros antepasados tuvieron muchos hijos. (HO, Palmira, 2017).

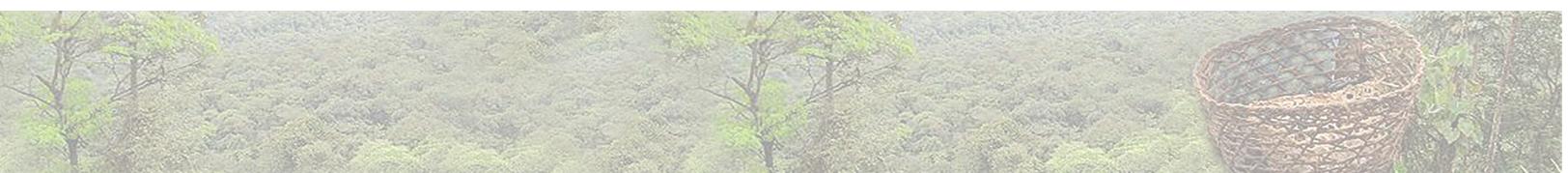
Aquí es problemática la planificación familiar por machismo, tengo que pedirle al hombre para que la mujer se cuide y no quieren, algunas están con implante o las inyecciones, el problema es que no bajan mes a mes, o se olvidan de tomar las pastillas y sabemos que los métodos tienen efectos secundarios y por esos efectos secundarios se corre la voz. (VP, Lita, 2017).

Sobre los hijos, aquí se conversa entre los dos, y se decide. No nos gusta que vayan al centro de salud porque les operan y no nos enteramos, y eso les da cáncer. (PC, Palmira, 2017).

Desde el MSP se trabaja la planificación familiar para evitar que la mujer no tenga tantos hijos, pero no estamos pensando en el fenómeno de que se pueden extinguir. En Gualpi Bajo ya tuvimos un problema, estábamos hablando de planificación familiar y un profesor nos dijo que nosotros estamos terminando con los niños, que ya no hay niños en la escuela. (DT, San Marcos, 2017).

He pensado que de aquí en 20 años no habrá más niños. Se reduciría docentes, niños. Eso ya está pasando. Llega la brigada, hacen poner el implante, la mayoría ya está con planificación familiar. (JP, Mataje Alto, 2017)





La planificación familiar. Ellos lo ven como una ofensa, porque nos transmiten que ellos se consideran una población en peligro de extinción. Ha sido muy difícil en todas las discusiones a nivel distrital y zonal el asunto de la planificación familiar. (DO, Lita, 2017)

Los procesos de adscripción se ven afectados cuando los parámetros con los cuales se confronta la diferenciación cultural se presentan como parámetros ideales a ser alcanzados en detrimento de la mismidad.

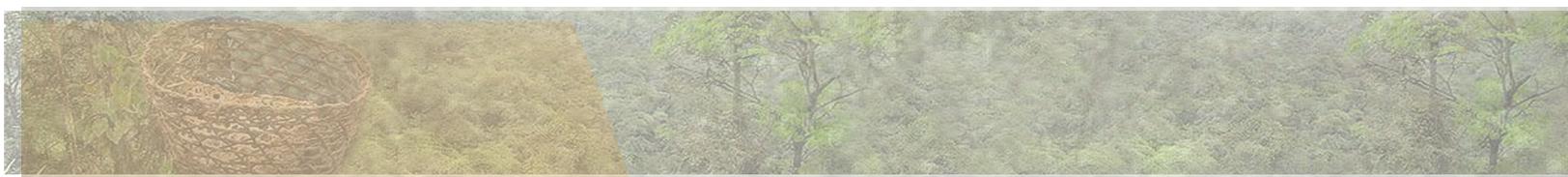
La comunidad me rechazó cuando di charlas educativas de planificación familiar, me dijeron que los promotores andamos exigiendo que hagan planificación familiar, que las mamás se van a enfermar de cáncer, que antes no necesitábamos planificaciones, que los promotores no debemos ser así, que exigimos los controles médicos para que salgan al subcentro, que antes nadie exigía y nos gustaba solo con parteros. Nuestra cultura es recelosa, no es de la ciudad, por eso yo he indicado al MSP que cosmovisión Awá es otra y no queremos exigir. Hay mujeres que se han hecho ligaduras, y una vez discutí en el distrito que no deben hacer sin autorización del esposo. Ahora, cuando están embarazadas solo doy charlas al esposo y a la esposa, de los signos de peligro, de hemorragias, de dolor de cabeza, los signos de peligro de los recién nacidos, a dónde deben acudir. (ET, Palmira, 2017).

Y cuando el esposo se da cuenta que no queda embarazada vienen enojados, es como que fuimos en contra de su voluntad. Entonces eso ha sido una especie de consenso con ellos, de que cualquier persona que quiera tener planificación debe venir con su esposo, tiene que ser un consenso familiar. A veces viene y dice quiero ponerme el implante, y preguntamos ¿ya habló con su esposo? Es una costumbre preguntarles. (DO Lita, 2017).

En la actualidad ya se planifica entre las dos partes. Antes era muy diferente porque había más cacería. Más cosas de las que uno se alimentaba directamente del campo. (HO, Palmira, 2017).

En la cultura occidental, por lo general, son las mujeres quienes asumen el control de la natalidad sin involucramiento de las parejas como responsabilidad compartida; mientras que en la cultura Awá, el hombre está constantemente pendiente de que la mujer se mantenga fértil y garantice la continuidad como certeza de la vida en la comunidad, lo cual podría ser leído, errónea o acertadamente, como una forma de control social. En tal sentido, es un tema que podría dar cabida a "un proceso respetuoso de negociación de las diferentes posturas en torno a la salud sexual y reproductiva y dentro de ésta, la planificación familiar." (Laza, 2008, p.71). Podría ser un espacio de consenso entre la decisión individual y familiar, informada, libre y voluntaria de control y espaciamiento entre un embarazo y otro. En definitiva, es un tema que convoca distintas lógicas y permanentes reflexiones en torno a los derechos humanos y culturales frente a las condiciones materiales de vida que deben ser garantizadas por el Estado. Si la población tiene acceso al agua potable, a la alimentación, a la educación, a la vivienda, como garantías para su reproducción cultural, entonces se podría hablar de la planificación familiar como una opción sostenida por otros derechos.







## Problemas percibidos sobre la salud materno-infantil

De lo anotado en los puntos anteriores respecto al sistema de salud ancestral y a la concepción cultural de la salud materno infantil, se puede obtener algunos elementos que se relacionan a dificultades o problemas que obstaculizan un relacionamiento fluido entre la población Awá y el MSP. Pero adicionalmente, se considera necesario anotar otros aspectos que ya han sido mencionados, pero que requieren ser destacados.

### 3.1 Seguridad alimentaria

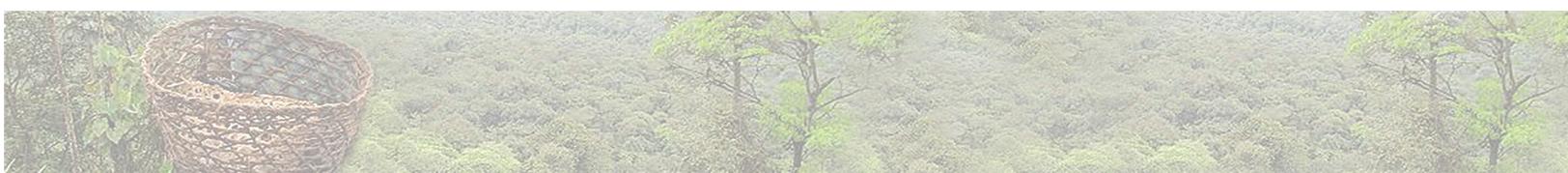
Pese a que existen estrategias de articulación y coordinación interinstitucional para dar solución a varios de los problemas que atraviesa la población Awá, esos problemas no solo que persisten sino que se han visto agravados por varios factores.

La población Awá no tiene acceso al agua potable, consumen agua entubada de las vertientes que se encuentran cerca. Las comunidades se asientan en ceja de montaña, por lo que existe un alto índice de pluviosidad que debilita la tierra que de por sí ya tiene una delgada capa de humus, lo que ocasiona erosión. La alimentación no contiene todos los nutrientes necesarios, es deficiente. La alimentación de la población en general es a base del chiro, que es el plátano verde pequeño, cocinado y majado. Se lo consume generalmente con arroz, fideos, papa china, yuca, y en ocasiones con lenteja y huevos. Es necesario tomar en consideración que los Awá fueron nómadas y que existe un proceso de sedentarización que incide en que la población no cuente aún con sistemas organizados de producción.

Durante el embarazo las mujeres no tienen una adecuada alimentación. Durante el postparto, guardan dieta que se basa en el consumo de gallina; este uno de los pocos momentos de la vida que las mujeres descansan y se alimentan mejor, pero por lo general, el consumo de proteína es insuficiente y el de verduras y hortalizas es inexistente. La dieta se complementa, por lo general, con agua panela. Hay comunidades, como la de Mataje Alto que, al parecer, tiene mejores condiciones de suelo y por tanto de mayor acceso a productos como la fruta.

Los más vulnerables a esta situación son las niñas y los niños, quienes tempranamente se ven afectados en su salud, con cuadros de parasitosis y desnutrición crónica.

Lo que hay es desnutrición. Eso sí hay, pero eso es posterior. Parto y postparto, con respecto a la madre, no hay ninguna complicación. Alimentación y nutrición se les da con guía nutricional pero es muy difícil que la cumplan debido a la disponibilidad



económica que tienen. Pero, se les ayuda mucho con las vitaminas y el hierro que se les da aquí. (AD, Lita, 2017).

Hay problemas nutricionales, las mujeres no ganan el peso adecuado en el embarazo, y no sabemos cuánto pesan los niños al nacer y hay desnutrición desde que nacen sobre todo en las zonas más alejadas donde no tienen comida. (DT, San Marcos, 2017).

## 3.2 Uso doméstico de leña

Las infecciones pulmonares (fibrosis) son otras de las enfermedades que enfrentan los Awá, ocasionadas en gran medida porque las familias cocinan en leña o carbón (82.3% de hogares cocina con leña o carbón). Los miembros de la familia aspiran el humo todo el tiempo, sobre todo las mujeres y los niños. Las viviendas son pequeñas, son de madera, algunas con techo de zinc, otras de paja. Por lo general, el espacio de la cocina es también el espacio del comedor, donde también están los animales como cuyes, pollos, a veces gatos y a veces perros. Casi siempre, alrededor de la cocina se concentra la familia, para alimentarse, para hacer las tareas escolares, para conversar. Con la leña no solo se prepara los alimentos, también se abriga el ambiente, sobre todo cuando una mujer está por parir; sin el calor, la mujer puede tener complicaciones durante el parto.

La cocina no indica únicamente lo que se prepara, sino cómo se lo prepara, la cocina es un lenguaje de codificación de mensajes para significar lo que es una sociedad (Lévi-Strauss, 2002, p. 268); los alimentos nos significan, de allí que la alimentación constituye no solamente una actividad biológica, sino un hecho social donde se coloca en escena un conjunto de elementos simbólicos de producción y consumo. En la cocina convergen diversos elementos de la vida comunitaria, no solamente es el espacio de reproducción de saberes y prácticas culinarias, sino que es el espacio donde se reproducen los vínculos de afecto y de pertenencia familiar y territorial. La cocina está en el centro de la socialización y de los intercambios culturales, de allí que para identificar alternativas de solución frente a las enfermedades de vías respiratorias, habría que considerar el contenido cultural que tienen las cocinas a leña, sobre todo respecto a la preservación del calor durante el parto y el postparto. Existen al respecto varias experiencias exitosas de implementación de cocinas mejoradas con indicadores ambientales y de salud.



*Preparación de comida, durante un evento comunitario en Palmira.*

### 3.3 Sobrecarga de trabajo

No sé cuántos años tendré. Yo levanto 3 de la mañana a cocinar chiro con ají y agüita, nada más. Después cogí yuyo, es la planta de nosotros para cocinar. Después lavar ropa en río y nada más. Después cocinar otra vez chiro con agüita, pobres somos. Cuidar a los animales. A veces vamos a desyerbar junto con los hombres y traer platanito. Y nada más. Ya de noche descansar. Hoy caminé 2 horas hasta acá (centro de salud). Ya toca regresar caminando igual. (MT, San Marcos, 2017).

A las 3 o 4 de la mañana, vamos a la cocina para cocinar agüita de yerba luisa, cocinamos arroz con huevo frito, en cocina de leña. Yo tengo cocina de gas. Yo solo arroz y chiro con sal. Después a vestir a que vayan a la escuela. Después toca dejar barriendo y después a la quebrada a lavar la ropa, una tina de ropa todos los días, bajo 8 y subo 10. Después tenemos que ir a la finca a traer chiro. Yo solo comí yuca, nada más. Yo chontaduro, fréjol sopa, chiro y yuyo. Después se come y descansar 10 minutos. Después ayudamos a los deberes. Luego toca lavar la ropa, dos veces se lava para que no se amontone. En la noche cocinar chiro y agüita. Dormimos a las 9. (Grupo focal, Mataje Alto, 2017).

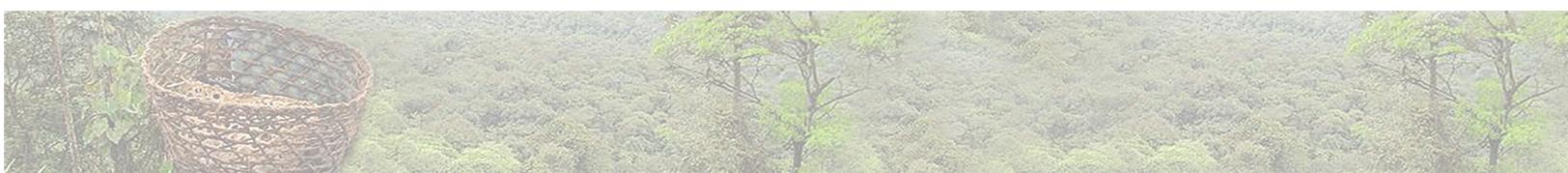


*Mujer que regresa de trabajar en la finca.*

Cuando salen a trabajar como jornaleros, hombres y mujeres trabajan por igual, el problema es que la mujer tiene adicionalmente el trabajo de la casa, pero en el imaginario de las mujeres, las labores de la casa no se denominan trabajo, sino que es una obligación natural y cotidiana. Entre las labores diarias se pueden destacar: cuidar de las hijas e hijos, atender a la familia, lavar la ropa en el río a donde van con los sus hijos pequeños también a bañarse, trabajar en las fincas, trasladar productos como el chiro en los canastos, al tiempo que cargan con los bebés, cocinar a leña, cuidar de los animales menores, limpiar la casa, levantar y acarrear cargas pesadas.

Cuando se pregunta en qué trabajó durante el día, responden que en nada, pero cuando se les pregunta qué hicieron desde que se despertaron en la mañana (madrugada), entonces como si fuese poca cosa van narrando las actividades, y al final de cada acción cierran con las palabras 'nada más'. Doña María tiene 67 años, pero aparenta diez años más.

Son más bien los hombres de las comunidades quienes han corroborado la sobrecarga de trabajo que tienen las mujeres.



### 3.4 Analfabetismo y pérdida en el manejo del idioma

Otro elemento que se presenta como problema respecto a la salud materno – infantil es el analfabetismo de la población Awá que limita la comunicación con los servicios que ofrece el MSP. La mayoría de mujeres no saben leer ni escribir, hablan el español pero a la hora de comunicarse, tienen dificultades para comprender el idioma cuando es hablado por un mestizo (ushá), peor aún si quien les habla lo hace rápido y utiliza palabras técnicas. Esto se expresa en las dificultades para comprender lo que el médico explica respecto a un medicamento y a la dosificación. El promotor de salud que es alguien de la comunidad Awá que facilita la comunicación, y eso ayuda mucho. Pero el promotor no siempre está presente en el centro de salud, lo que dificulta la comprensión de lado y lado, agravada por dos formas distintas de entender la salud materno-infantil, dos formas de mirar y posicionarse frente a una misma situación, dos formas distintas de concebir culturalmente lo que implica el embarazo, el parto y el postparto; son tiempos y espacios que coexisten pero no pueden fusionarse.

Para que se efectivice la salud intercultural tenemos que aprender el idioma, sino resulta complicado las reuniones con las mujeres. Eso mejoraría la relación. (VP, Lita, 2017)

Solo asientan la cabeza en señal de que han comprendido, cuando en realidad no es cierto. Las mujeres Awá no son acostumbradas a un control, menos durante el embarazo, desconocen la importancia del control prenatal, no tienen dinero, la distancia, y por costumbre. Lo que resulta es hablar en lenguaje sencillo, palabras cortas, acogerlas, preguntarles sobre su casa, su familia, eso va creando un vínculo. (VP, Lita, 2017)

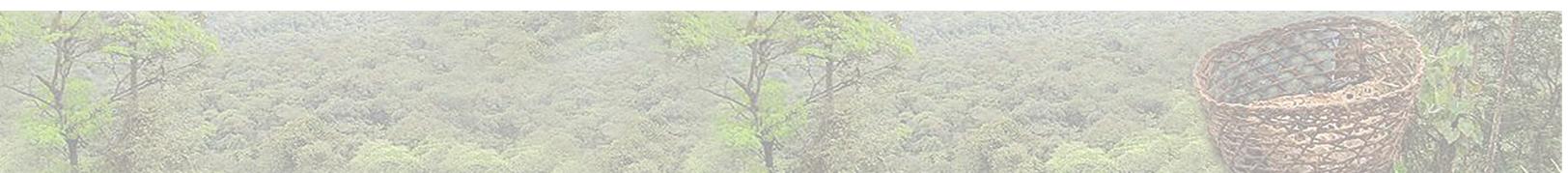
Escriben en receta que no se puede entender, no hay como tomar la medicina, solo dicen cada 12 horas, y si no sabe eso, cómo va a tomar. (Grupo focal Mataje Alto, 2017)

El MSP se preocupa mucho y está trabajando bastante en la salud intercultural, nos dan cursos, pero me habría gustado entrar a la comunidad con alguien de salud intercultural, porque hay cosas que no puedo mirar, no soy Antropóloga, y otra cosa es estar ahí, es un shock el tema de la comunicación y toda la comprensión de la cultura. Ahora, por ejemplo, cuando les ha picado la culebra, ya les pregunto si han tomado la contra<sup>3</sup>. (DT, San Marcos, 2017)

La lengua es portadora de cultura, de tradiciones, de conocimientos ancestrales, de una cosmovisión particular, y el awapit es uno de los pilares de identidad cultural de los Awá. Sin embargo, existen comunidades donde únicamente hablan el español, lo cual es reforzado

---

3 La contra es el antídoto contra la mordedura de serpientes venenosas, obtenida del propio veneno del animal, y preparado por los curanderos de la comunidad.



en el contacto con centros poblados mestizos y en los períodos migratorios por trabajo asalariado.

El awapit es hablado sobre todo al interior de las familias, y en conversaciones entre pocas personas, más no en espacios comunales como las mingas o las reuniones convocadas por la FCAE.

A veces sentimos que ellos no entienden lo que queremos transmitirles y es un error nuestro. Ellos no tienen por qué adaptarse a nosotros, somos nosotros los que tenemos que adaptarnos a ellos. Si yo estoy trabajando con una población Awá por qué no puedo aprender a hablar su lengua, quizás eso abriría más el diálogo. (DO, Lita, 2017).

O sea no hablarles de cada 8 horas, porque no tienen idea del transcurso del día. Entonces trato de explicar, con el desayuno, con la merienda y con la comida le va a dar esto, se lo va a dar de tal manera. Se llevan su receta y en la medicación escrito, pero no todos saben leer y escribir, pero al menos se trata de explicar varias veces para que vayan conscientes de cómo debe administrar la medicación. (DO Lita, 2017).

El idioma de la cultura Awá es el Awapit conocido también como Cuaiquer y Kwaiker. Es una lengua indígena de la familia lingüística Barbacoana. Hay docentes bilingües, pero en las escuelas la educación se imparte principalmente en español, con base al currículo general de educación básica. Existen comunidades donde se ha perdido el idioma y únicamente hablan el español.

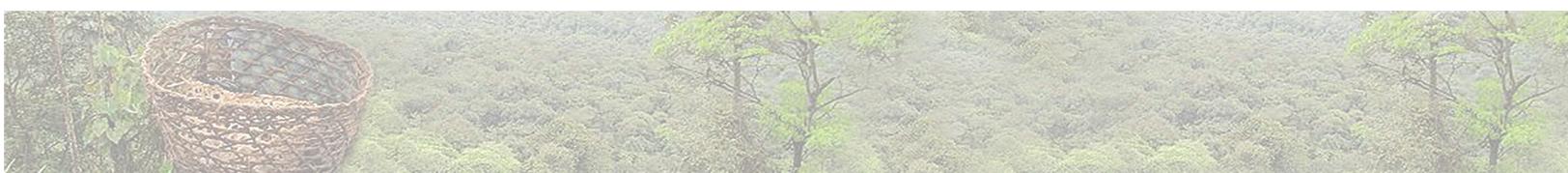
Los textos, como deseamos trabajar hay poco, pero con lo que hay sí nos ayuda para guiar a los niños que vayan aprendiendo en la escritura. Hay cuentos traducidos, pero por grado no. Tenemos hecho el currículo en awapit, este año estamos para implementar. Pero algunos jóvenes ya no hablan en awapit, en las casas si la mamá Awá no habla en el idioma, los chicos tampoco. En la escuela, 40% ya no habla el idioma. (JP, Mataje Alto, 2017).

Hay comunidades como la Guaña que ya no hablan el idioma. (DR, San Marcos, 2017).

La mayoría de mujeres no ha tenido acceso a la educación, y no comprenden el idioma español. De allí la dificultad de establecer una comunicación fluida, sobre todo con las mujeres Awá.

Cuando doy las indicaciones de cómo tomar una medicación, ellos mueven la cabeza, entonces uno dice si me están entendiendo. Y al decirles "repítame lo que le dije" ahí se quedan calladitos. Y no me repiten las indicaciones. Pero son gente muy tranquila, muy reservados, es difícil sacar la información acerca de lo que les duele. Es difícil que se expliquen. (AD, Lita, 2017).





Tuvimos una reunión con promotores y les preguntamos quienes hablaban Awapit. Tres levantaron la mano y 5 dijeron que no hablaban pero entendían. (Reunión en El Baboso, 2017).

La comunicación es un sistema simbólico y es un principio de la cultura que forma parte de los sistemas de acción de los actores. En ese sentido, la interacción entre profesionales de los servicios de la salud y la población Awá se ve afectada, y la motivación para acceder a los servicios de salud se ve bloqueada. La interacción se da, no solamente en el aspecto verbal, sino también en los aspectos físicos o ambientales, motivados por una tendencia y mediados por un sistema de símbolos culturalmente estructurado y compartido.

No todos los promotores hablan el idioma Awapit, pese a ser nativos de las comunidades Awá. Este es un factor que limita que los promotores entren en diálogo con los parteros y curanderos, aprendan de la medicina ancestral, aprendan los nombres y usos de las especies de plantas medicinales, y contribuyan a preservar la salud materno – infantil y la sabiduría en general de la cultura Awá. El promotor debe ser el primer orientador al diálogo.

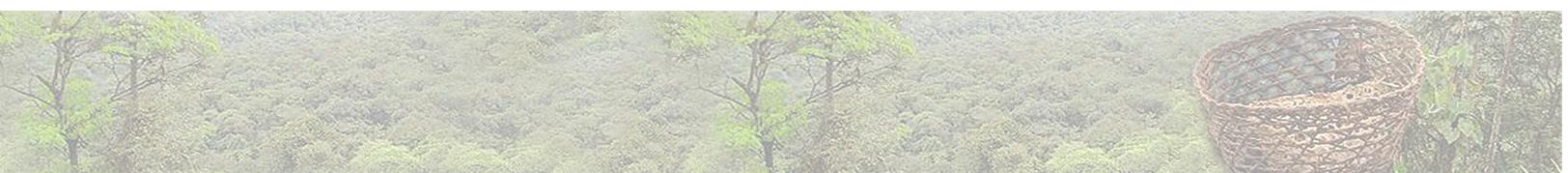
La relación, cultura (sistema) - salud (sistema), se encuentra en este caso, mediada por un sistema de símbolos culturalmente estructurado, pero no compartido, lo que incide de forma negativa en la orientación (desde el punto de vista de la cognición, la definición y de los intereses) de la atención de la salud materno-infantil.

Hay condiciones mínimas para la producción y desarrollo de los sistemas culturales. La comunicación, su quiebre es peligroso, porque altera el sistema de orden de sentido. El rol del lenguaje se desarrolla en un proceso de aprendizaje socialmente estructurado en relación con los otros. Es un proceso que forma parte de un sistema de relaciones sociales, ordenado, con límites. No existe sistema social sin lenguaje, sin conocimiento empírico que permita hacer frente a las situaciones. (Parsons, p. 25).

El idioma es parte del lenguaje humano y es un elemento constitutivo de la intersubjetividad y de la vida social, pertenece al ámbito individual y al ámbito social. “La lengua es algo colectivo, social, producto semiótico, que gracias a una convención, permite la comunicación entre los seres humanos.” (Corredor, Nieto, 2007, p.86). Al no existir una interacción, y al ser una situación reiterativa la ausencia de comunicación, la salud materno-infantil pierde significado en la dirección de meta. Y lo más probable es que esta situación sea anticipada, independientemente de que efectivamente ocurra o no en el futuro del sistema actor-situación. Al decir una situación anticipada, se hace referencia a que la población Awá, particularmente las mujeres, prevean la ruptura comunicacional como algo dado. Lo que genera resistencias y repliegue de la cultura sobre sí misma.

La mayoría de mujeres entrevistadas, que han participado en los grupos focales y con quienes se ha conversado, no han accedido a la educación formal. La relación entre analfabetismo y salud es negativa, difícilmente se accede a una buena alimentación, a los servicios de salud y, por lo general, los cuidados al recién nacido no son los óptimos.





Como se ha señalado, varones y mujeres se juntan a tempranas edades y empieza su ciclo de procreación. Esto coincide con la culminación de los estudios en los centros educativos que existen en las comunidades Awá. Las escuelas de Palmira y Río Verde Bajo, ofrecen hasta el 8vo de educación básica, y las escuelas de San Marcos y Mataje hasta el 10mo de educación básica, pero no todas las niñas y los niños acceden, porque implica caminar varias horas, y en ocasiones, las niñas y niños que se encuentran escolarizados, salen a trabajar junto con sus papás a las fincas.

Hay comunidades que están a 6 y 7 horas de aquí, la comunidad es muy dispersa. Esos niños no vienen. Había también bastante deserción, por situación económica salen a buscar trabajo, pero vinieron y dijeron que van a crear bachillerato, entonces los chicos están resistiendo. (JP, Mataje Alto, 2017)

Al respecto, la escuela en Mataje Alto, organiza charlas permanentes con las familias para que los niños se queden en la escuela, mientras sus papás van a las fincas a trabajar; de esa manera han logrado promover tanto en los adultos como en los niños, la importancia de la escuela y de la educación. La escuela adquiere un rol importante al motivar el valor de la educación, de aprender a leer y escribir como factor clave de revitalización cultural. Pese a que el currículo no responde a las características particulares de la cultura Awá, la educación es asumida por su director y los docentes, como el medio más adecuado para revitalizar la cultura. De hecho, la docencia, ha sido una forma de realización personal de algunos pobladores, y un modo de contribuir a la consolidación de las comunidades. Según conversaciones con estudiantes, la docencia es una aspiración de varios jóvenes, mujeres y varones.



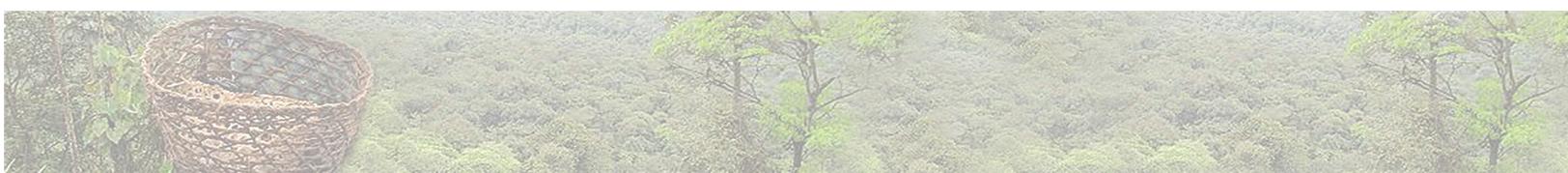
*Centro Educativo Comunitario Intercultural Bilingüe "Luciano Germán Nastacuaz", Mataje Alto.*



*Escuela de Educación General Básica "San Francisco de Palmira"*

De acuerdo al INEC (2010), la tasa de analfabetismo de las personas de 15 años y más es de 49,8%. Si la mitad de la población es analfabeta, difícilmente pueden enterarse de sus derechos en el campo de lo social, de lo laboral, de las capacitaciones que reciben, de las recetas o instrucciones de los medicamentos y cuidados de salud que emiten por escrito los médicos/as de las unidades de salud, etc. La escolaridad promedio de la población Awá es de 2,37 años; si se compara con el 5,55% de escolaridad entre los grupos indígenas, y con el 9,59% a nivel nacional, significa que el promedio de escolaridad de la población Awá es la más baja en el Ecuador.





### 3.5 Vías de acceso

No existen vías que faciliten el acceso de la población Awá a los centros de salud del MSP; hay comunidades a las que les queda más fácil llegar a Colombia. De otra parte, están también las dificultades económicas, porque para salir de la comunidad requieren dinero para alimentarse y pasar la noche en el pueblo

Si alguien está grave no se alcanza a llevarle al pueblo, cuando la enfermedad es fuerte debemos llevarle en lancha por Colombia porque es más cerca, pero en cuestiones de parir no hay problema, los niños nacen bien. (MC, Tarabita, 2017).

Es complicado llegar a la comunidad, una ruta es por San Marcos, otra por Alto Tambo, son dos días bien caminados. En medio del camino uno se arrepiente y dice no entro más, renuncio y me voy, pero me pego un baño en el río, me relajo y al otro día continuo para la escuela, y así sigo intentando. (JPC, Tarabita, 2017).

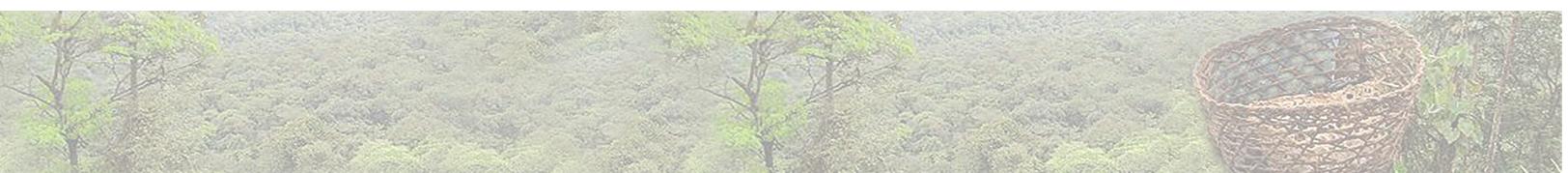
La geografía también imposibilita, ellos no tienen dinero, de Palmira acá son cinco horas caminando. Río Verde Alto, esa está más lejos aún, es población pequeña pero hay población. Para ellos es más productivo que nosotros hagamos brigadas, pero tenemos siete comunidades Awá, más las otras siete que son de mestizos. Tengo que dirigir las brigadas a las 14 comunidades que hay en Lita, tenemos deficiencia en enfermeras, tenemos una sola técnica en atención primaria. Ojalá tuviera un médico y una enfermera para enviarlos todas las semanas a esos puestos de salud. Los promotores no están identificados como parteros, son promotores de salud. Si hablamos de mejorar algo a corto plazo quizás sería contar con un transporte para todas estas cosas. (DO, Lita, 2017).

Hay una ambulancia aquí pero a la comunidad no entra por los caminos difíciles. Se busca el apoyo de la junta parroquial, consiguiendo camionetas, porque si forzamos la ambulancia es para peor nos podemos quedar sin nada. (AD, Lita, 2017).

Aquí no necesitamos grandes cosas, aquí si nos dieran una mula ya nos resolverían muchos problemas. La mula que tenemos ya está viejita. El puesto de salud está bien, está equipado, con todas las dificultades pero está equipado, lo que falta es una mula para transportar la medicina a las comunidades, porque la única manera de llegar es caminando, no hay otra forma. (DT, San Marcos, 2017).

Se da prioridad a las comunidades que viven lejos, se les da el turno más temprano porque generalmente no hay transporte hasta de noche. Entonces, ellos tienen que irse lo más rápido posible. (AD, Lita, 2017).

Estoy pensando en la madre que le trae al niño moradito y luego no lo quiere ingresar porque le dicen que hay que operarlo y no quiere dejarle operar, y ahora enterarse que esa madre caminó 6 horas para traerlo, es la parte que deberíamos empararnos



todos, de esa parte social y humana. En estas reuniones es que uno se da cuenta de las pequeñas cosas. (DO, Lita, 2017).

No acuden porque las comunidades son lejanas y a veces no tienen para el pasaje y no pueden venir. (AD, Lita, 2017).



*La única manera de llegar a la mayoría de comunidades es caminando 5, 6 horas o más, a veces con ayuda de acémilas, que son una alternativa para solventar emergencias.*



*Detrás de las montañas, atravesando ríos, peñascos, pendientes, lodazales, se encuentra la comunidad de San Marcos*

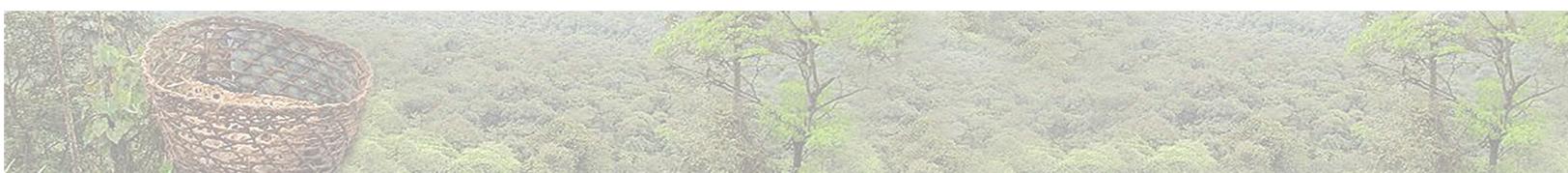


### 3.6 Recursos y equipamiento

Hay comunidades que no cuentan con puestos de salud. Algunos puestos de salud no cuentan con insumos médicos básicos. En el caso de Palmira y Mataje Alto, el puesto de salud funciona dentro de las instalaciones de la escuela. Los recorridos que realizan los promotores, en función de una planificación semanal, les implica ausentarse del puesto de salud, lo que es a veces percibido por la comunidad como ausencia del promotor de su puesto de trabajo.

En el caso del Puesto de salud de San Marcos, no cuentan con insumos para aplicar pruebas elementales como es el de orina, básico para prevenir infecciones.





Vienen hasta la semana 32 a los controles, hemos logrado eso. Ha aumentado la afluencia de mamás, son 16 mamás que están recibiendo vitaminas y atención completa, pero no podemos hacer las pruebas de laboratorio, porque no tenemos. Este puesto de salud debería convertirse por lo menos en un centro de salud tipo A, tenemos más población que Chical, estamos a 6 horas del puesto más cercano, este debería ser más completo. (DT, San Marcos, 2017).

Quiero hacer un pedido de parte de la comunidad, que se apoye con medicamentos a la nueva generación de promotores. (Reunión en El Baboso, 2017).

El MSP ha implementado el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias RDACAA, que alimenta las bases de datos del MSP, lo que ha contribuido a mejorar el seguimiento y monitoreo a las personas. Es un sistema que puede ser mejorado si se considera las particularidades.

El REDACA solo mide desnutrición leve, moderada y severa, pero no sale desnutrición crónica, entonces no tenemos donde registrar, y sí tenemos casos de desnutrición crónica. (DT, San Marcos, 2017).

De otra parte, los promotores no cuentan con equipos de comunicación que facilite la interacción con los centros de salud.

No se cuenta con ningún medio de comunicación, no hay telefonía ni celular en las comunidades Awá. (HO, Palmira, 2017).

No tenemos forma de comunicarnos con los centros de salud. En caso de emergencia tenemos que arreglarnos. (SC, Mataje Alto, 2017).

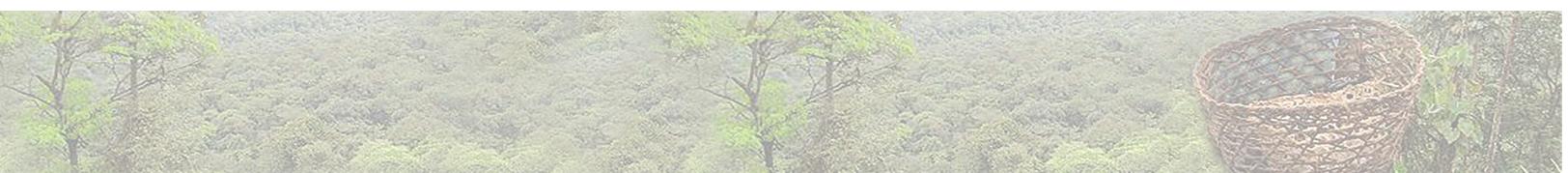
### 3.7 Movilidad de la población

La principal fuente de ingreso de las familias Awá proviene de su trabajo en las fincas aleñañas, a donde se movilizan sobre todo para la recolección de hojas de coca. En las fincas son contratados como jornaleros durante períodos que varían entre semanas hasta meses, dependiendo de la distancia; esta actividad, casi siempre la realizan en familia, lo que im-



*Trabajo fuerte de los comuneros para el mantenimiento de San Marcos*





plica prácticamente abandonar la casa en la que viven, ausentarse de la comunidad para instalarse en las fincas y, por ende, los niños y las niñas interrumpen la educación, porque dejan de ir a la escuela durante el tiempo que dura el trabajo.

Nos vamos a las fincas, aquí al frente, allá nos pagan hasta \$10 diarios, con lo que ganamos compramos en el Chical, arroz, sal, lenteja, pero eso no alcanza. (Grupo Focal, San Marcos, 2017).

Los jóvenes entre 18 para arriba, migran para trabajar. Si se van 10 o 12 jóvenes es bastante para nosotros. Regresan solo de visita. Estos 5 años han estado a Cayambe a trabajar en las flores, hay jovencitas mujeres, hombres también. Con 8vo, 9no ya se van. En Ibarra hay mujercitas que trabajan como domésticas. (HP, Mataje Alto, 2017).

El patrón de movilidad que caracteriza a la población Awá, incide también para que sea una población vulnerable frente a la salud, por no contar de forma permanente y estable con acceso a los servicios de salud pública.

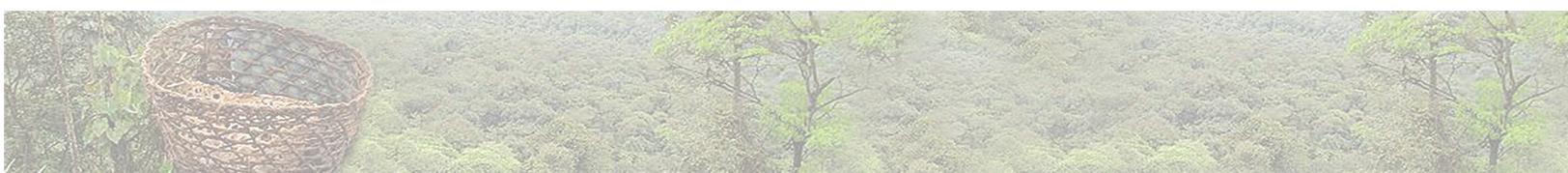
## 2.8 Violencia

Los seres humanos no somos únicamente biológicos ni anatómicos; la condición humana está ligada a un cosmos que vive en constante organización, desorganización y autoorganización. En ese sentido, la no violencia no es solamente vivir bien frente al otro, sino también con el otro, para el otro, en el otro que es uno mismo.

Se ha identificado que los conflictos, cuando no son atendidos ni tratados, pueden derivar en violencia que es uno de los problemas éticos que enfrentan las sociedades y que atraviesa todos los espacios de la vida. La violencia tiene que ver con las relaciones desiguales de poder entre las personas, el poder es una construcción social, no es algo que se posee, sino que se construye y se ejerce. El poder no siempre es sinónimo de dominación; sin embargo cuando se recurre a él para imponer o someter a otra persona se está cometiendo abuso, por ejemplo, de los hombres hacia las mujeres (violencia de género) y de las personas adultas hacia las niñas y los niños (maltrato infantil).

En los casos de violencia, como problema ético, casi siempre confluye una relación de poder-dominación, con efectos negativos para el desarrollo psíquico-emocional, para la autoestima de la persona y para su vida futura. A este problema se pueden sumar otros lugares de poder, como es la clase social, la pertenencia étnica, la posición laboral, etc. Pero una de las raíces de la violencia está en la falta de comprensión del propio ser humano, de su característica de intersubjetividad y de empatía. Donde hay violencia no hay reconocimiento, por tanto no hay amor. La violencia implica maltrato a nivel físico, psicológico o sexual. Cuando una persona violenta a otra, está desconociendo su condición de persona, de sujeto de derechos, colocándola en una situación de no ser. Pero también es un desconocimiento desde y hacia sí mismo. De allí que enseñar la comprensión, parte de comprenderse a sí mismo en la totalidad, con las debilidades, carencias, fragilidades, insuficiencias, necesidades.





La Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión de 1996 en Ginebra, aprobó una resolución por la que se declaraba a la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. (OPS, 2002).

No ha sido fácil abordar el tema de la violencia con las mujeres Awá, pero poco a poco han hecho explícito que la población Awá no está exenta de este mal. La violencia se presenta, según conversaciones con dirigentes Awá, cuando la mujer se niega a realizar alguna de las actividades de la casa, pero sobre todo cuando se resisten a ir con su pareja a trabajar en las fincas. Las mujeres atribuyen la violencia al consumo de guarapo; todos los meses salen caminando a las poblaciones cercanas como Chical, Lita, San Lorenzo, para cobrar el bono. Allí las familias se abastecen de algunos víveres, y los hombres compran también guarapo.

Eso sí hay, cuando toman pegan a la mujer y los niños están ahí. Si es grave pone denuncia a la comunidad, si no es grave acuden los papás para solucionar. Antes era más, ahora se ha mejorado. Para nosotros el problema es la violencia con los guaguas que a veces les dan látigo. (HP, Mataje Alto, 2017).

Hay cosas que son violencia pero en ellos no conciben como violencia. Si una pregunta a la mujer si el marido le golpeó, dicen que no, y no podemos volver a preguntar. Lo que hago es un certificado médico sin ningún juicio, pongo los detalles. Sí hay maltrato físico y son patrones que se repiten. (DT, San Marcos, 2017)

Sólo tengo una hija, no quiero más porque a veces me trata mal, se emborracha y se porta mal. Pregunto cómo se porta mal, me responde "discutimos, me empuja con mano", y si tengo más hijos quién me ayuda a mantener. (Grupo focal Mataje Alto, 2017).

A mí también me empuja, me da cachetada, mis hijos salen corriendo porque se asustan me dejan solita, da miedo, una piensa a qué hora viene a meter el golpe. (Grupo focal Mataje Alto, 2017).

Pregunto en Palmira, no responden, se miran entre ellas.

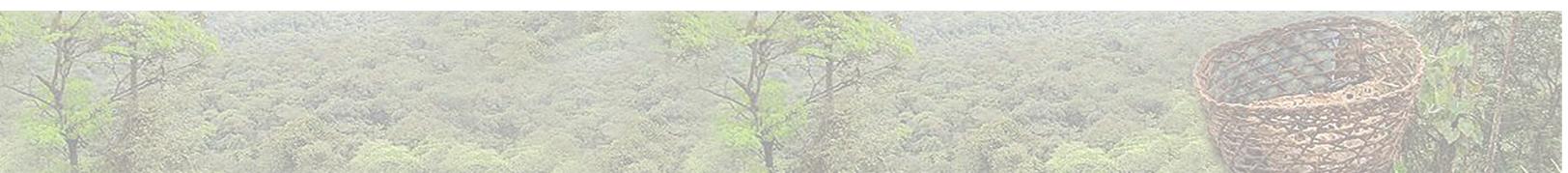
Pregunto en San Marcos, no responden, sólo una mujer dice que prefiere hija mujer para que no tome guarapo<sup>4</sup>.

Es también importante señalar que la violencia con relación a la población Awá, concretamente en el ámbito de la salud materno-infantil, tiene que ver también con otras vertientes que es necesario al menos mencionarlas, ya que es un tema que quizás merece un estudio más exhaustivo. Se trata de las diversas violencias que enfrenta la población Awá y que abre distintos frentes, entre ellos: presión hacia su tierra principalmente por parte de madereros, palmicultores, minería; incursión de la modernización con distintos matices mediado por el dinero como única forma de sobrevivencia. Hombres y mujeres Awá se ven afectados en sus

---

4 Bebida alcohólica obtenida por fermentación del jugo de caña de azúcar.





vidas, en su cultura, algunas niñas, a los 14, 15 años, salen a la ciudad, sobre todo a Ibarra, para trabajar como domésticas, otras van a las plantaciones de flores en Cayambe y Tabacundo, lo que las expone a todo tipo de peligros y vulnerabilidades.

En ese sentido, conviene mirar que las violencias no son aisladas ni unidireccionales y cualquier esfuerzo de contribuir con soluciones debe asegurar la supervivencia de las personas, identificando las implicaciones y efectos que conllevaría cualquier acción, sin olvidar interrogar permanentemente las estructuras que nuestras sociedades han heredado del colonialismo y del patriarcado, que se convierten en entidades con características propias.

### 3.9 Rotación de personal

Entre las dificultades identificadas por la población Awá y por los profesionales de la salud es la rotación del personal médico, particularmente de quienes La rotación de personal es un aspecto que no permite planificar una capacitación sostenida en beneficio de la salud intercultural. El nexo que facilita la comunicación y acercamiento entre la población Awá y los profesionales de la salud debe ser la confianza. Las personas, particularmente las mujeres Awá son muy reservadas y susceptibles ante la presencia de personas que no son de la comunidad, y mucho más cuando se trata del ámbito de la salud. Toma tiempo entablar un mínimo nivel de confianza, por lo que resulta importante la estabilidad de los profesionales del MSP para impulsar la salud intercultural.

En esos meses que trabajé con ellos se logró acoplar un equipo de trabajo muy bueno. Todo el mundo se empoderó de todo lo que tenía que hacer. Pero ya llegó el mes de diciembre y se fueron. Entonces el mes de enero esperar a los nuevos rurales, y hasta que se acoplen, cojan el ritmo de trabajo se pasa medio año. Eso sí es una desventaja. (DO, Lita, 2017).



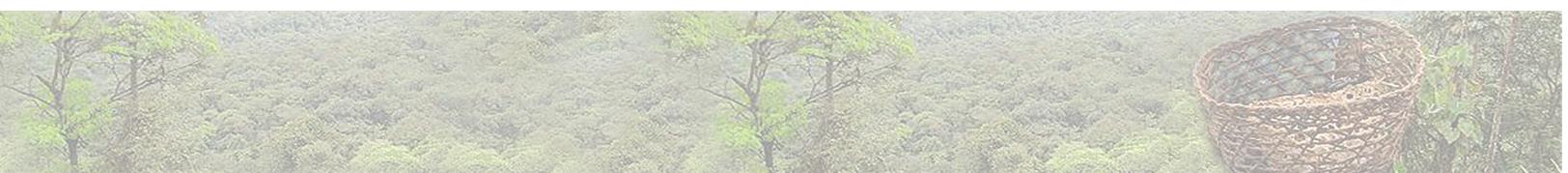
*Odontólogo rural del Puesto de Salud de San Marcos.*



*Puente de cables. Comunidad San Marcos.*







## Conclusiones: encuentros y desencuentros

Parteros y médicos deben llevarse conjuntamente a la par.  
Las dos medicinas son buenas.  
Hugo Olivar, Palmira, 2017

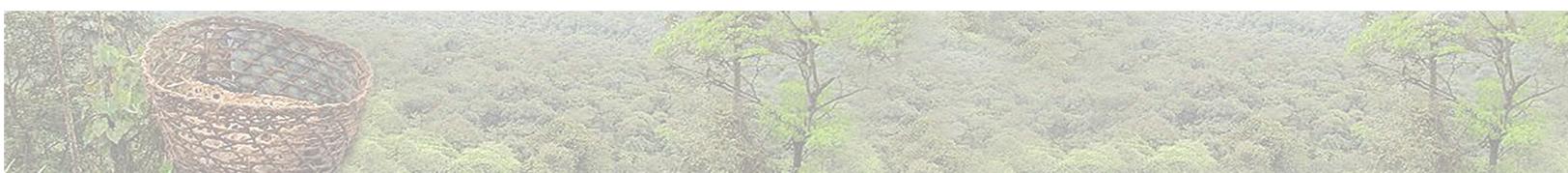
Al inicio del documento se señala que la relación orden-desorden-interacción-organización, son principios que forman parte de la esencia misma de la existencia; son relaciones antagónicas y complementarias; un permanente resolver tensiones para dar paso a la autoproducción de más vida. La salud intercultural es un constante resolver tensiones.

La autoidentificación de la cultura Awá, como sujeto colectivo, requiere ser reconocida por los demás sujetos con quienes interactúa, con el fin de que exista social y públicamente como diferentes: cómo nos vemos y cómo nos ven. El idioma, las tradiciones, el territorio, los mitos y los ritos, son elementos que juegan un rol preponderante en la interacción y al mismo tiempo en la demarcación de una frontera imaginaria entre salud materno-infantil en la visión occidental y en la visión Awá. Son elementos también de cohesión y negociación interna, y al mismo tiempo de tensión, demarcación y diferenciación frente al otro. La conservación de los límites es la conservación del sistema. (Arriaga, 2003).

La salud materno-infantil desde la cosmovisión Awá no es un sector, sino parte del sistema simbólico que marca pautas de comportamiento cultural, de relacionamiento e interacción social, y como tal requiere reconocimiento. El parto es biológico y es cultural. Los curanderos, los parteros y los promotores no coordinan entre sí, pero el partero puede ser promotor, el curandero puede ser partero, el promotor puede ser curandero. Cada rol está diferenciado, aunque sea una misma persona quien lo ejecute, y cada rol se encuentra articulado al sistema de salud ancestral. Los promotores son figuras que se integran en el sistema de salud. No hay sincretismo en el manejo de las dos medicinas por parte de los promotores, pero sí pluralismo de saberes.

La distancia entre las comunidades Awá y los servicios de salud pública, es un factor que se menciona de manera reiterativa, como limitante para una mejor atención en la salud materno-infantil. La cultura Awá se ubicó en lugares donde podían cultivar, cazar y pescar, aunque ahora ya no cuentan con esos recursos. Los centros de salud, por su parte, se ubican en espacios de mayor accesibilidad para brindar una mejor atención especializada. En el imaginario occidental, la salud materno-infantil guarda relación con las facilidades que brinda la modernidad, donde la relación médico-paciente (parturienta) es el eje; en el imaginario Awá la salud se relaciona con lo cotidiano, con su cultura y su entorno, el eje de la relación es mujer-partero-familia-tierra.

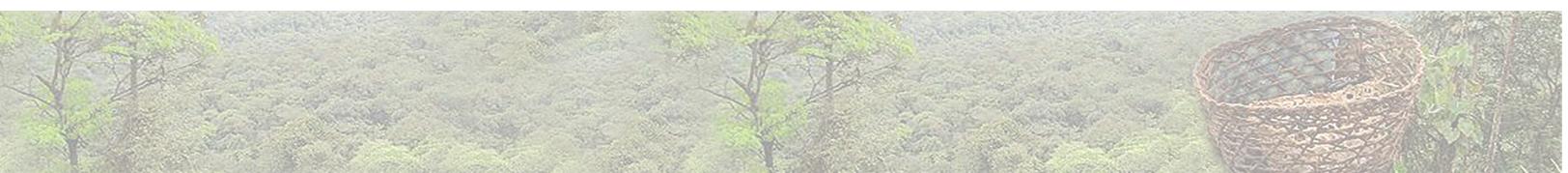




La salud materno-infantil de la población Awá forma parte de un sistema social complejo que actúa otorgando sentido a la cultura. La medicina ancestral y la medicina occidental son dos mundos que coexisten, tan importante es la una como la otra, pero conviven en relación jerárquica. La población sabe cuándo acudir a la una y cuándo a la otra; es un mismo tiempo pero entendido de otra manera, son concepciones, espacios y actores distintos que no se fusionan, pero se complementan de forma asimétrica. La interculturalidad no implica fusión, pero sí reconocimiento de los actores y de sus formas de leer el mundo. Ese reconocimiento implica identificar los factores que colocan a la cultura Awá en desventaja respecto al cumplimiento de los derechos y obligaciones que tiene el Estado, para actuar en consecuencia y superar esas desventajas. A continuación se destacan algunos grandes temas que, según la población Awá y el MSP, estarían incidiendo de manera negativa sobre la salud materno-infantil:

<b>Concepciones culturales:</b> comprensión distinta sobre la salud materno-infantil y tensiones entre la población Awá y los profesionales del MSP.
<b>Seguridad alimentaria:</b> mala nutrición durante el embarazo, escaso acceso y consumo de nutrientes.
<b>Recursos económicos:</b> limitaciones para movilizarse a los centros de salud que requieren de gastos de alimentación, pernoctación y movilización.
<b>Educación:</b> el analfabetismo tiene consecuencias directas en la salud y calidad de vida de toda la población, particularmente de las mujeres.
<b>Violencia:</b> incide en el desarrollo psíquico-emocional para la autoestima de las personas y su vida futura
<b>Sobrecarga de trabajo:</b> para las mujeres las tareas cotidianas no significan trabajo, sino obligaciones naturales; la sobrecarga de trabajo ocasiona lesiones, fatiga y disminuye la capacidad física de la persona.
<b>Comunicación:</b> la mayoría de mujeres Awá no comprenden el idioma español, muy pocos profesionales del MSP se empeñan en aprender el awapit, lo que ocasiona dificultades en la comunicación e interacción.
<b>Vías de acceso, movilización y manejo de emergencias:</b> no hay vías que faciliten el acceso de la población Awá a los centros de salud, lo que dificulta la atención en casos de emergencia.
<b>Recursos y equipamiento:</b> no todas las comunidades cuentan con un puesto de salud, y algunos puestos de salud no cuentan con insumos médicos básicos. No existe telefonía, lo que dificulta la comunicación con los centros de salud.
<b>Rotación de personal médico:</b> limita las posibilidades de empatía y sostenibilidad de relaciones de confianza.
<b>Cultura e identidad:</b> existe preocupación entre la población Awá frente al poco interés de las y los jóvenes por mantener las tradiciones culturales que forman parte de su identidad.





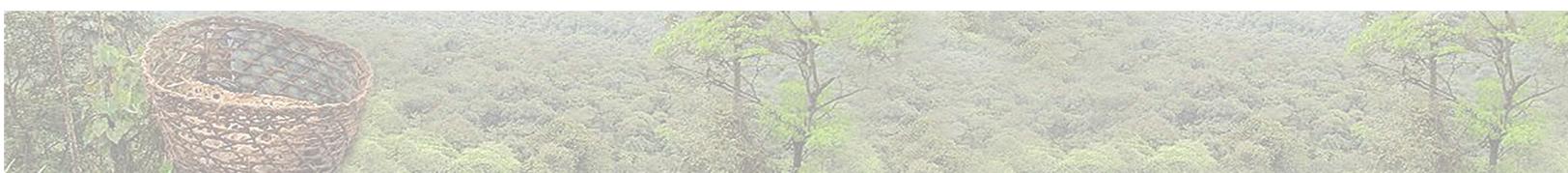
De otro parte, se cuenta también con elementos que juegan a favor la salud materno-infantil que facilitarían la identificación de posibles acciones:

Presencia de profesionales con sensibilidad, apertura y capacidad para adaptarse a contextos de diversidad cultural, y disposición para expandir la mente y el corazón, para comprender e integrar otras lógicas sobre la vida y la muerte, sobre la salud y la enfermedad, sobre el individuo y la sociedad;
Presencia de promotores que facilitan el nexo entre el MSP y la comunidad Awá a la que se deben y se pertenecen;
Reconocimiento de la población Awá de que la salud es un derecho humano fundamental y complemento indispensable a su sistema de salud ancestral;
Apertura y capacidad de diálogo por parte de la población Awá y su dirigencia, para encontrar alternativas que contribuyan a salvaguardar la vida de las comunidades, e identificar apoyos para conseguirlo;
Mandatos del MSP basados en los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos, derechos culturales, derechos de la naturaleza.

Algunas constataciones sobre la salud materno-infantil, desde la mirada de sí y desde la mirada de los 'otros':

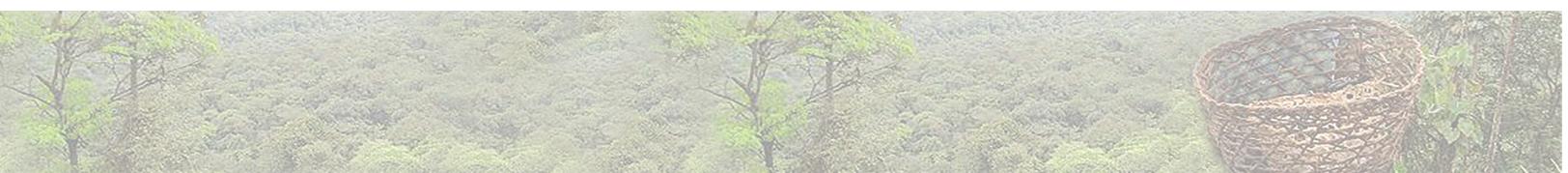
- Un sistema contiene aspectos funcionales biológicos de la vida individual, son necesidades mínimas con los que la personalidad se constituye: nutrición, protección, seguridad, apoyo, afecto, etc. De acuerdo a los hallazgos de la investigación, se concluye que para las mujeres Awá, la salud materno-infantil está relacionada a la satisfacción de esas necesidades mínimas que proporciona la familia y la comunidad durante el parto y el postparto, necesidades que rebasan los aspectos biológicos. Parir en casa y contar con la presencia y afecto de la familia; sentir seguridad con el partero que por lo general es el esposo; sentirse cómodas con la ropa que usan y no tener que desnudarse ni colocarse en una posición que les incomoda; no tener que invertir dinero para la movilización y sus implicaciones; no tener que responder preguntas que no comprenden; contar con el abrigo y calor de sus hogares; poner en práctica las tradiciones y rituales que conciernen al parto y al postparto que efectivizan la cultura; tener acceso a los alimentos preparados por la familia durante y después del parto que conlleva seguridad, apoyo y afecto; son elementos de los que dicen carecer si acuden a un centro de salud, lo que lleva también a concluir que, si bien es importante, por ejemplo, el respeto por el parto vertical, es insuficiente si no se comprenden las concepciones culturales que intervienen en el sistema de la medicina ancestral. Existen límites físicos, pero sobre todo de sentido, su reconocimiento y comprensión facilitaría la identificación de alternativas de comunicación y empatía.





Tanto los profesionales del MSP como la población Awá, coinciden en que el parto en casa debe ser respetado, pero apoyado por el MSP para mejorar las condiciones del embarazo, parto y postparto.

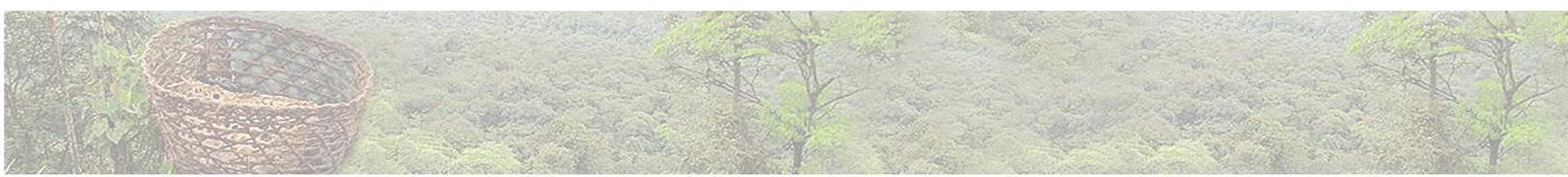
- En el imaginario Awá, el embarazo, el parto y el postparto, son acontecimientos culturales que tienen lugar en la familia y en la comunidad; el parto requiere de una ritualidad colectiva igual que la curación de las enfermedades de la montaña. Mientras que las enfermedades que no son de la montaña son atendidas en los centros de salud y requieren de la medicina occidental. Para la cultura Awá, el embarazo, el parto y el postparto, no son enfermedades, son estados naturales que se articulan a la espiritualidad. La medicina occidental actúa desde la racionalidad cartesiana, la salud ancestral desde una concepción holística. El problema no es la diferencia, sino la falta de comprensión de la sociedad en general respecto a otras formas de estar en el mundo, que coloca a la medicina ancestral en posición de desventaja.
- La memoria y la territorialidad, juegan un rol muy importante en las representaciones y en la preservación de la cultura Awá, en el sentido que la memoria colectiva es memoria de un grupo, cuya condición es la articulación de la memoria de los sujetos de ese grupo, y cuyo marco social es la territorialidad. (Giménez, p.15). Los sujetos requieren anclar el imaginario a espacios simbólicos; rituales como el enterramiento de la placenta y cordón umbilical se anclan al espacio en que habitan.
- Las mujeres se convierten tempranamente en madres (alrededor de los 15 años); pero esto, a decir de la población Awá, no es un problema ni causa de mortalidad materno-infantil. De acuerdo a las entrevistas con algunos hombres de la comunidad, tener varios hijos es una estrategia de preservación de la cultura. Para las mujeres no hay un motivo en concreto, solo es algo normal. Sin embargo, algunas parejas de jóvenes han empezado a limitar el número de hijos aduciendo a la escasa economía que no les permite afrontar los gastos que demanda una familia. La planificación familiar es un tema delicado que requiere profundizaciones en los aspectos socioculturales a ser tomados en consideración. Lo que se señala en el presente documento es un acercamiento a la temática, en función de las dos miradas.
- La seguridad alimentaria, el acceso al agua segura, el saneamiento ambiental son factores que determinan la salud de la población. Una de las causas de morbilidad de la población Awá es la parasitosis y enfermedades de vías respiratorias, que guardan relación con la desnutrición y la utilización de leña y carbón para cocinar. A decir de algunos parteros y médicos, los niños ya nacen desnutridos porque durante el embarazo la mujer no ingiere la suficiente cantidad de nutrientes, pese a ello no se presentan cuadros de mortalidad materno-infantil, pero incide negativa en la calidad de vida de la población. La cocina y la preparación de los alimentos es uno de los ejes de cohesión social, y la leña es el único recurso con el que cuenta la población Awá, no solo para cocinar sino también para calentar el ambiente al momento del parto y en el postparto. Especialmente las mujeres, las niñas y los niños están expuestos permanentemente a inhalar el humo de la leña.



- La mitad de la población Awá no sabe leer ni escribir, el analfabetismo es la manifestación del incumplimiento de un derecho humano fundamental que es la educación, que incide directamente en la salud materno-infantil. Dificilmente una mujer comprende las indicaciones que le proporcionan en los centros de salud, y apenas habrá una comprensión sobre el autocuidado y el cuidado del recién nacido. Las escuelas que funcionan en las comunidades ofrecen hasta el 10mo de educación básica, pero no toda la población accede a la escuela debido a las grandes distancias que deben caminar. Las y los jóvenes que culminan la escuela no cuentan con mayores oportunidades como para plantearse un proyecto de vida más allá de formar tempranamente una familia. Adicionalmente, la educación en las escuelas se imparte en idioma español, y el currículo no contempla las particularidades de la cultura Awá. Hay comunidades que ya no hablan el awapit.
- Una alternativa para comprender los elementos presentes en la salud del pueblo Awá y en la salud materno-infantil, es mediante el esfuerzo de mantener el trabajo extra mural de los equipos del MSP, caminando las comunidades, visitando las casas, dialogando, conversando pausadamente, conformando equipos con los promotores, los parteros, los curanderos. Pero las comunidades requieren también de vías que faciliten el acceso de la población a los centros de salud, y medios que faciliten la movilización y el manejo de emergencias, como por ejemplo chakanas, mulas, canoas; y equipos de comunicación que facilite la interacción entre los promotores y los centros de salud.
- Las mujeres cumplen un rol muy importante dentro de la comunidad en cuanto a su dedicación al cuidado de la familia, que redundo en una sobrecarga de trabajo. Los hombres así lo reconocen y lo han manifestado; sin embargo se requiere dar un paso más allá del reconocimiento, en el sentido de redistribuir las actividades y promover un rol más protagónico de las mujeres dentro de la comunidad. De otra parte, las mujeres asumen que las actividades relacionadas a la reproducción, no constituyen un trabajo, sino una obligación ligada a su género. Este aspecto se liga a los temas de violencia que están presentes en las comunidades y que requiere ser abordado desde varios frentes, empezando por reconocer que la violencia no empieza ni termina en las comunidades Awá, sino que hay otros factores y otros actores que generan tipos de violencia más graves y a veces más sutiles, que se revierten en la población, afectando sobremanera a niñas, niños, jóvenes y mujeres Awá.
- La rotación de personal médico ha sido uno de los factores identificados como limitantes para mantener acciones a largo plazo que deriven en la consolidación de relaciones de confianza entre el personal del MSP y la población Awá, particularmente con las mujeres.

Respecto a la información recogida en el presente estudio, vale mencionar que, a más de las entrevistas y grupos focales que se realizaron, se mantuvo también diálogos con pobladores de las comunidades Awá, particularmente con estudiantes y mujeres. Estas conversa-

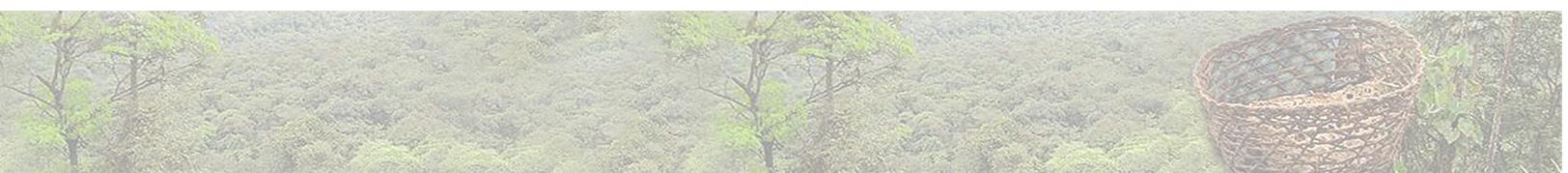




ciones no fueron grabadas, debido a la característica de introversión de la población y por respeto a la decisión de las personas.

Finalmente, se concluye señalando que el hecho de haber impulsado la presente investigación, es una manifestación explícita del interés y preocupación por parte de la FCAE, el MSP y RIOS, por identificar espacios de acción inmediata y a largo plazo, que redunden en la consecución de soluciones a favor de la población Awá, particularmente a favor de la salud materno-infantil.





## Recomendaciones

Con la finalidad de ligar las construcciones simbólicas sobre la salud materno-infantil, a propuestas de coordinación entre la FCAE y el MSP con el apoyo de RÍOS, a continuación se realiza una serie de recomendaciones surgidas del análisis de la información recogida durante el trabajo de campo, como posibles acciones que redunden en beneficio de la población Awá.

Las recomendaciones están organizadas en 8 componentes y a 3 niveles.

Nivel 1:

acciones a cargo de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, e instituciones del Estado, en coordinación con la FCAE.

Nivel 2:

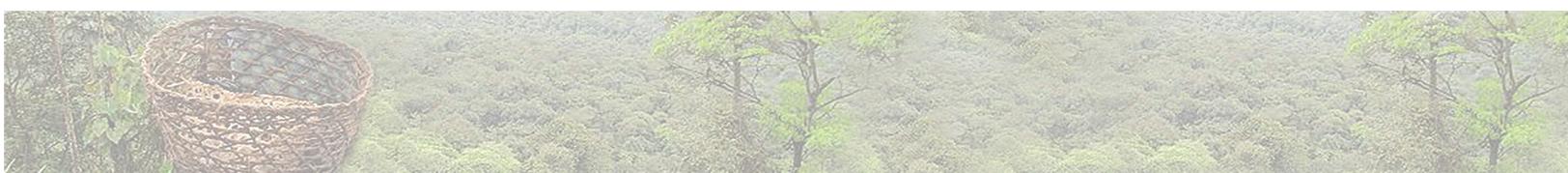
acciones a cargo del MSP en coordinación con la FCAE

Nivel 3:

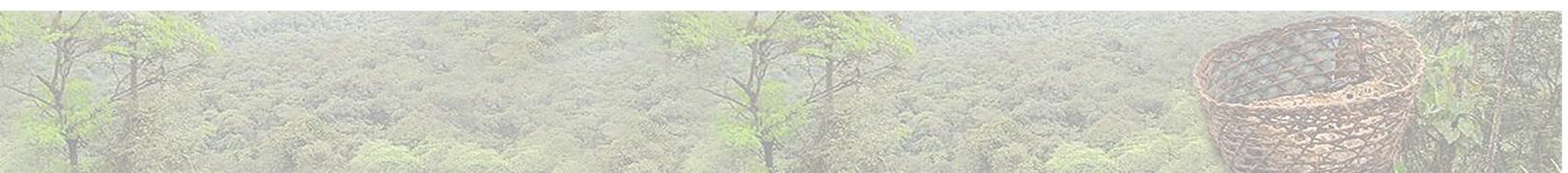
acciones a cargo de la FCAE y de las comunidades.

COMPONENTE	ACCIONES SUGERIDAS	NIVEL
1 Fortalecimiento de los equipos médicos para trabajar en contextos de diversidad cultural.	Incentivar a los equipos médicos de cada centro de salud, recojan información sobre el sistema de salud ancestral. Esa información podría ser sistematizada y alimentada para generar nuevos conocimientos que mejoren las prácticas médicas en favor de la salud materno-infantil y la salud intercultural.	NIVEL 2: MSP
	Identificar y recuperar buenas prácticas de los equipos de salud que trabajan con diversos grupos culturales, sistematizarlas y socializarlas entre los equipos de salud del MSP.	NIVEL 2: MSP



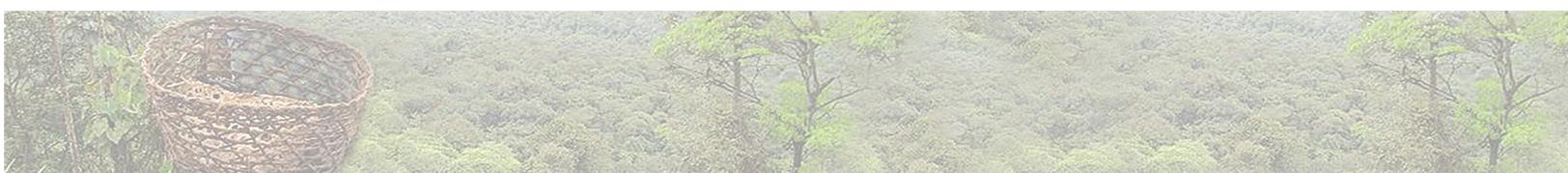


COMPONENTE	ACCIONES SUGERIDAS	NIVEL
	La formación interdisciplinaria es importante, así como las alianzas con personas formadas en otras disciplinas de las ciencias sociales, con el fin de identificar, conjuntamente, estrategias de fortalecimiento de la salud intercultural.	NIVEL 2: MSP
	Los equipos de salud se pueden apoyar en los promotores comunitarios para brindar charlas a las comunidades y elaborar material de apoyo pertinente para la población en el tema de salud materno-infantil.	NIVEL 2: MSP
	Se puede conformar equipos de asesoría integrados por parteros, curanderos y promotores, que dialoguen con los profesionales del MSP, e intercambien conocimientos y prácticas del sistema de salud ancestral, concretamente de la salud materno-infantil.	NIVEL 2: MSP
	Gestionar con el MSP la contratación estable de personal para la atención primaria de salud, y a la par, promover la inducción por parte de los médicos que culminan su año rural, al personal nuevo que ingresa, de manera que cuente con elementos para desenvolverse en contextos de interculturalidad.	NIVEL 2: MSP

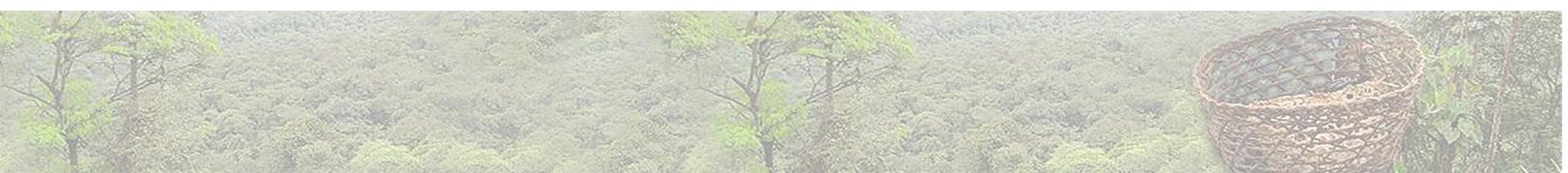


COMPONENTE	ACCIONES SUGERIDAS	NIVEL
<p>2 Seguridad alimentaria y saneamiento</p>	<p>Involucrar a los promotores en procesos de formación en materia de nutrición y saneamiento, ampliar sus conocimientos en la promoción y prevención de la salud, que contribuya a fortalecer la salud materno-infantil de la población Awá.</p>	<p>NIVEL 2: MSP</p>
	<p>Coordinar con ONG internacionales (GIZ, FAO) la implementación de cocinas saludables. Existen varias experiencias exitosas a nivel mundial, que han considerado los aspectos culturales de las comunidades.</p>	<p>NIVEL 1: ONG</p>
	<p>Gestionar proyectos que permitan mejorar los niveles de nutrición de la población, particularmente de las mujeres embarazadas, de niñas y niños.</p>	<p>NIVEL 1: ONG y OG</p>
	<p>Gestionar con el SENESCYT y MSP becas para la formación y especialización de jóvenes en temas que demanda la comunidad, por ejemplo: salubridad, agricultura, seguridad alimentaria, manejo de suelos y semillas, entre otros, o la instalación de un centro de estudios técnico-superior cercano a las comunidades de frontera Norte.</p>	<p>NIVEL 3: FCAE</p>
	<p>Gestionar ante el MAGAP, FAO, Tierra de Hombres, PMA, CEFA, proyectos de producción de abono, huertos, parcelas de cultivos que permitan el auto consumo y el mejoramiento de los niveles de nutrición de la población. Todas las iniciativas deberían ir acompañadas de un estudio y acompañamiento antropológico. Muchos proyectos obvian este aspecto y fracasan en poco tiempo.</p>	<p>NIVEL 3: FCAE</p>
	<p>Promover proyectos y programas en temas de salubridad y cuidado del ambiente, por ejemplo: manejo de letrinas, higiene personal, tratamiento de desechos, utilización de toldos, agua segura, limpieza bucal, control y tenencia de mascotas y de animales menores.</p>	<p>NIVEL 3: FCAE</p>



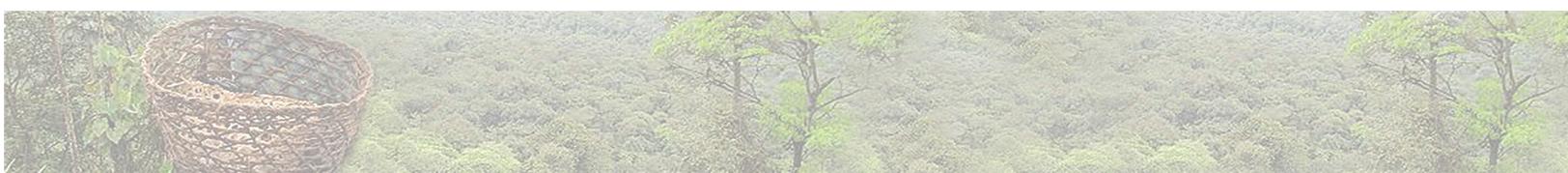


COMPONENTE	ACCIONES SUGERIDAS	NIVEL
3 Educación	Gestionar con el Mineduc, programas de alfabetización para la población Awá, en los que podrían intervenir estudiantes de los últimos años de la educación básica de las comunidades.	NIVEL 1: MINEDU
	Gestionar con el MINEDU la ampliación de la oferta educativa de las escuelas que funcionan en las comunidades Awá, de manera que las y los jóvenes cuenten con la posibilidad de culminar el bachillerato en las mismas comunidades, y tengan la opción de postergar el inicio de la vida adulta.	NIVEL 1: MINEDU
	Gestionar con el MINEDU el reforzamiento de la educación bilingüe con elementos propios de la cultura, y la vinculación del currículo con la medicina ancestral. No es suficiente con que los docentes sean nativos y hablen el Awapit, sino que efectivamente promuevan en sus clases métodos de enseñanza en el idioma materno. Los docentes podrían promover conversatorios entre niñas, niños, adolescentes y jóvenes con los curanderos de las comunidades, llamados hombres y mujeres de sabiduría, impulsar en los estudiantes a que realicen investigaciones sobre prácticas y uso de plantas medicinales y su relación con la cultura Awá. Esta podría ser una vía para fortalecer la medicina ancestral y mejorar la salud materno-infantil.	NIVEL 1: MINEDU



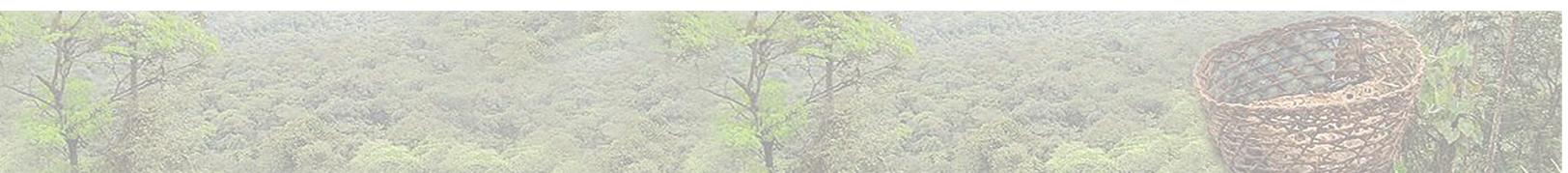
COMPONENTE	ACCIONES SUGERIDAS	NIVEL
<p>4 Fortalecimiento de capacidades de las mujeres en salud materno-infantil</p>	<p>Promover en la comunidad la valoración del trabajo que realizan las mujeres, e incentivar su participación en procesos de capacitación y formación continua, sobre todo en temas de autocuidado. Por lo general, los procesos de formación, independientemente del nivel de instrucción de la persona, redundan en beneficio de la comunidad. Para ello sería conveniente contar con el apoyo de personas de la misma población, para que las capacitaciones sean en idioma Awapit, de lo contrario no darían buenos resultados.</p>	<p>NIVEL 3: FCAE-Comunidades</p>
	<p>Gestionar con el MSP, UNFPA, ONU Mujeres y otras organizaciones, el fortalecimiento de las capacidades de las mujeres en temas relacionados a la salud materno-infantil y derechos sexuales y reproductivos, tomando en consideración las relaciones culturales que se han señalado en el presente documento.</p>	<p>NIVEL 1 y 2: MSP, UNFPA, ONU Mujeres</p>
<p>5 Comunicación para el mejoramiento de la atención de la salud materno-infantil</p>	<p>Identificar experiencias sostenibles, a nivel nacional e internacional, para incrementar los controles prenatales. La propia red CONE ofrece algunas estrategias y herramientas importantes.</p>	<p>NIVEL 2: MSP</p>





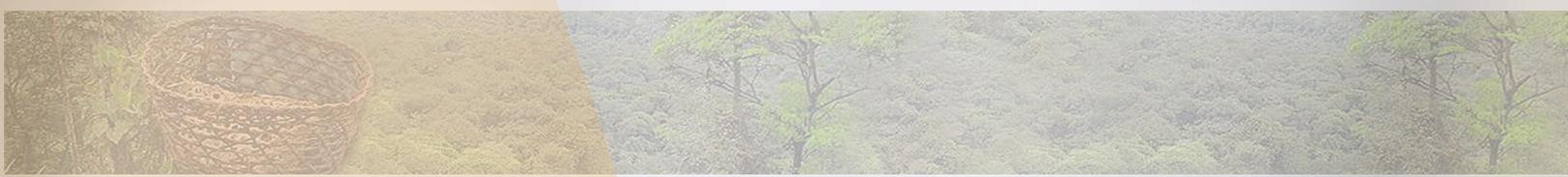
COMPONENTE	ACCIONES SUGERIDAS	NIVEL
6 Acceso, movilización y manejo de emergencias	Promover acciones que favorezcan el acceso a los centros de salud y la movilización de la población Awá, particularmente en situaciones de emergencia durante el embarazo, el parto y el postparto.	NIVEL 1: OG
	“Un sueño sería crear una casa materna Awá. Pero no una casa acá en el centro, una casa en las comunidades, en las que se pueda atender a las pacientes, que las pacientes con riesgos puedan estar ingresadas en ese lugar, ingresadas entre paréntesis, porque va a estar ingresada en su comunidad, al cuidado de un personal médico. Prepararle al personal Awá sobre lineamientos básicos, y podamos tener una red de comunicación. (DO, Lita)	NIVEL 2: MSP
7 Recursos y equipamiento	Analizar el número óptimo de promotores por comunidad, con relación al número de familias, tomando en consideración las distancias entre una vivienda y otra.	NIVEL 2: MSP
	Identificar mecanismos de rendición de cuentas frente a la comunidad, sobre el trabajo que realizan los promotores y el MSP con la finalidad de retroalimentar, potencializar los recursos con los que se cuenta, y mejorar la interacción en beneficio de la salud materno-infantil.	NIVEL 2: MSP
	Dotar a los puestos de salud de una mejor infraestructura, en espacios adecuados, y con insumos básicos para una mejor atención sobre todo a las mujeres en su período de gestación y postparto.	NIVEL 2: MSP
	Gestionar la dotación de una red de comunicación telefónica a los promotores, podrían ser radios motorolas.	NIVEL 1: OG





COMPONENTE	ACCIONES SUGERIDAS	NIVEL
8 Fortalecimiento de la medicina ancestral y de la identidad	Incentivar a los curanderos y parteros para que promuevan en los jóvenes el aprendizaje de la medicina ancestral; son pocos los curanderos que poseen los conocimientos, y los pocos son de avanzada edad.	NIVEL 3: FCAE-Comunidades
	Promover que todos los promotores manejen el idioma nativo y fortalecer las capacidades de los promotores en su rol de vínculo entre el MSP y las comunidades, desde la visión de su pertenencia a la comunidad.	NIVEL 2 y 3: MSP, FCAE-Comunidades
	La FCAE podría abrir líneas de investigación apoyadas por ONG, Universidades y Centros de Estudios en general, que profundice en algunas temáticas que han surgido de este y otros estudios, por ejemplo sobre la identidad con relación a la salud materno-infantil, en su contexto histórico y sociocultural.	NIVEL 1 y 3: ONG, FCAE, Comunidades
	Promover un diálogo permanente al interior de las comunidades sobre las estrategias que favorecerían el fortalecimiento de la salud materno-infantil y de la identidad Awá.	NIVEL 3: FCAE, Comunidades







## Referencias bibliográficas

Arriaga, E., (2003). La Teoría de Niklas Luhmann. Centro de Innovación Desarrollo e Investigación Educativa (CIDIE). Universidad Autónoma del Estado de México. Convergencia No. 32, mayo-agosto, UAEM, México. Anuarios L/L, edición especial, Instituto de Literatura y Lingüística, Cuba.

Banco Interamericano de Desarrollo BID (2013). Iniciativa Salud Mesoamérica. Intervención de Emma Iriarte, sobre la salud materno-infantil. Reunión internacional: Una Promesa Renovada para las Américas. Ciudad de Panamá.

BioMed Central (2006). Las plantas medicinales utilizadas por los curanderos tradicionales en el distrito de kancheepuram de Tamil Nadu, India. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine. Recuperado de: [http://viaclinica.com/article.php?pmc\\_id=1615867](http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1615867)

Buechler, H. (1999). El rol de las historias de vida en antropología. Antropología hoy: teorías, técnicas y tácticas. Revista internacional de ciencias sociales. (Número 19).

Bustamante, A. M. (2016). Etnohistoria de los Awá-Kwaiker entre el siglo XVII y mediados del XX (Tesis de pregrado) Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Cegarra, J. (2012). Fundamentos Teórico Epistemológicos de los Imaginarios Sociales. Núcleo de Investigación de Estudios y Crítica Cultural de América Latina y el Caribe, Universidad Pedagógica Experimental Libertador (Táchira, Venezuela). Recuperado de: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/43/cegarra.html>

Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Recuperado de <https://conaie.org/2014/07/19/awa/>

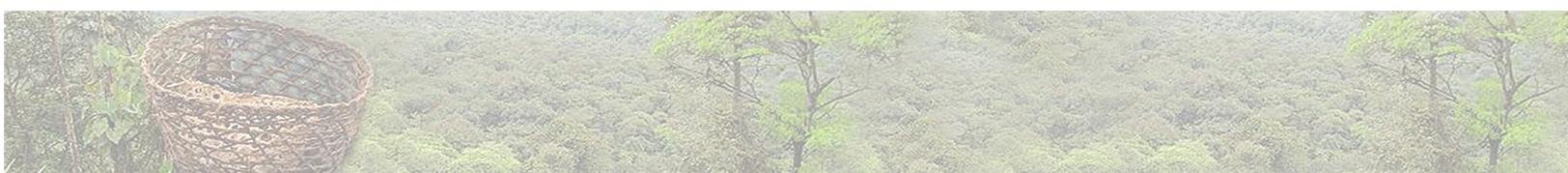
Eliade, M. (1994). La Estructura de los Mitos. En F. Botero, L. La importancia del mito vivo

Endara. Miro, Rito, Símbolo. Lecturas antropológicas. Instituto de Antropología Aplicada. Quito, Ecuador.

Federación de Centros Awá del Ecuador (2016). Historia del pueblo Awá del Ecuador.

García, A. (2012). Género, interculturalidad y sostenibilidad en la agenda de desarrollo de los pueblos originarios de Ecuador. La situación de las mujeres de Cayambe y Colta en torno a la gestión comunitaria del agua. IEPALA, IEDECA, AECID,





Giménez, G. (2009). SIMBOLOS, CULTURA E IDENTIDADES. Cultura, identidad y memoria. Materiales para una sociología de los procesos culturales en las franjas fronterizas. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Frontera Norte, Vol. 21 (Número 41), Enero-Junio 2009.

Guerrero, P. (2002). La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia. Escuela de Antropología Aplicada, Universidad Politécnica Salesiana. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Laza Vásquez, C. (2008). Cultura y planificación familiar: un debate aún en construcción. Revista Teoría y Praxis Investigativa. Volumen 3-No. 2, septiembre-diciembre de 2008. Centro de Investigación y Desarrollo CID. Fundación Universitaria del Área Andina. Colombia.

Lévi-Strauss, C. (1977). Antropología estructural. Las estructuras elementales del parentesco. Buenos Aires: Editorial Universitaria. Barcelona: Paidós.

Lévi-Strauss, C. (2002). Mitológicas II. De la miel a las cenizas. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica. México.

López, J. (2004). Promotores Rurales de Salud en el Oriente de Guatemala: de la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales. Universidad de Extremadura España. En G. Fernández. (Coord.) Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Maldonado, C. E. (2008). Complejidad de la Salud: Interacciones entre Biología y Sociedad. En M. Morales, (Ed.). Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas. Perspectivas, retos y alternativas. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador MSP (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS). Ecuador.

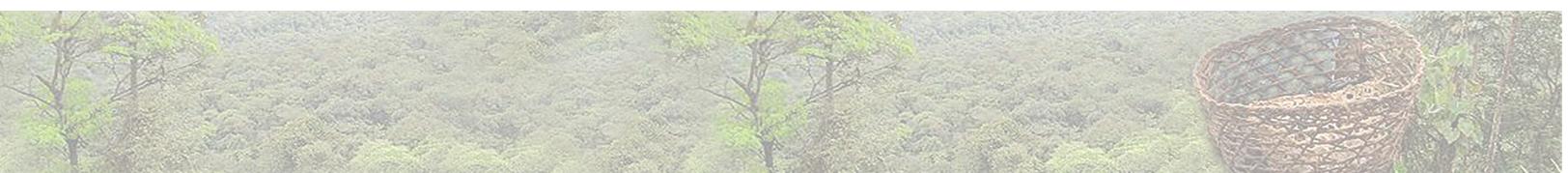
MSP (2013). MSP emite la norma CONE como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>

MSP (2015). Artículo 5 de la Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles, del Acuerdo Ministerial 5212. (Registro Oficial Suplemento 428, de 30-ene-2015). Recuperado de <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf>

MSP (2016). La "Gente de la montaña": Línea de base de la situación de salud de la nacionalidad Awá.

Molestina, M.S. (2012). Sistematización de Buenas Prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indí-





gena Ngöbe. Área de Salud de Coto Brus. AECID, UNICEF. San José, Costa Rica.

Montes, M.J. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. (Tesis doctoral en Antropología Social y Cultural). Universitat Rovira I. Virgili, Tarragona.

Morin, E. (1999). El Método. El conocimiento del conocimiento. Libro Primero Antropología del conocimiento. Tercera Edición. Ediciones Cátedra, S.A. Madrid.

Morin, E. (s/f). La Epistemología de la Complejidad. Maestría en Pensamiento Complejo. La construcción de vías distintas. Multiversidad Mundo Real Edgar Morin, París.

Organización de las Naciones Unidas (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Panamericana de la Salud OPS, Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la salud (s/f). La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Ecuador, págs. 16-17.

Parsons, T. (1951). El sistema social. Cambridge, Mass.

Poats, S. (2010). Una reflexión sobre la interculturalidad desde la Antropología. Dossier Diversidad natural y cultural. Programa de Estudios Socioambientales. Letras Verdes No. 7. FLACSO Sede Ecuador.

Radcliffe-Brown, A.R. (1986). Estructura y función en la sociedad primitiva. Barcelona: Península.

Ramírez, S. (2013). Dinámicas y problemáticas en la zona fronteriza colombo-ecuatoriana. En: F. Carrión, J. Espín. Relaciones fronterizas: Encuentros y Conflictos. Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo IDRC - CRDI; FLACSO; Canadá. Colección FRONTERAS. Quito, Ecuador.

UNFPA (Coord.) (2013). El estado de las parteras en el mundo. Cuidar la salud, salvar vidas. New York, NY.







Asociación Red Internacional de Organizaciones de Salud RIOS

Dirección:  
Calle La Niña E8-52 y Diego de Almagro.  
Edificio Royal Business. Of 201  
Quito - Ecuador

Celular: 0994524541

Email: [asociacion@rios.org.ec](mailto:asociacion@rios.org.ec)

[www.rios.org.ec](http://www.rios.org.ec)