



Situación de salud de los y las jóvenes indígenas en Ecuador

VIH y sida, y embarazo
en adolescentes
Informe ECUADOR

Quito, mayo de 2010

Autoridades

Dr. David Chiriboga Allnutt
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dra. Ximena Abarca Durán
SUBSECRETARIA GENERAL DE SALUD

Dr. Xavier Solórzano
SUBSECRETARIO PARA LA EXTENSIÓN
DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dra. Fátima Franco
SUBSECRETARIA REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina Arellano
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dr. Washington Estrella Pozo
DIRECTOR NACIONAL DEL PROCESO
DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

EQUIPO DE SALUD DE ADOLESCENCIA

Dra. Susana Guijarro Paredes
LÍDER DE SALUD DE LA ADOLESCENCIA

Dr. Vinicio Yáñez
Obst. Dalia Jaramillo Ávila
Antr. Ma. Rosa Cevallos Castells
Dr. Jorge Naranjo

Dra. Myriam Conejo
Coordinadora Salud Intercultural

Programas Nacionales de VIH/SIDA/ITS

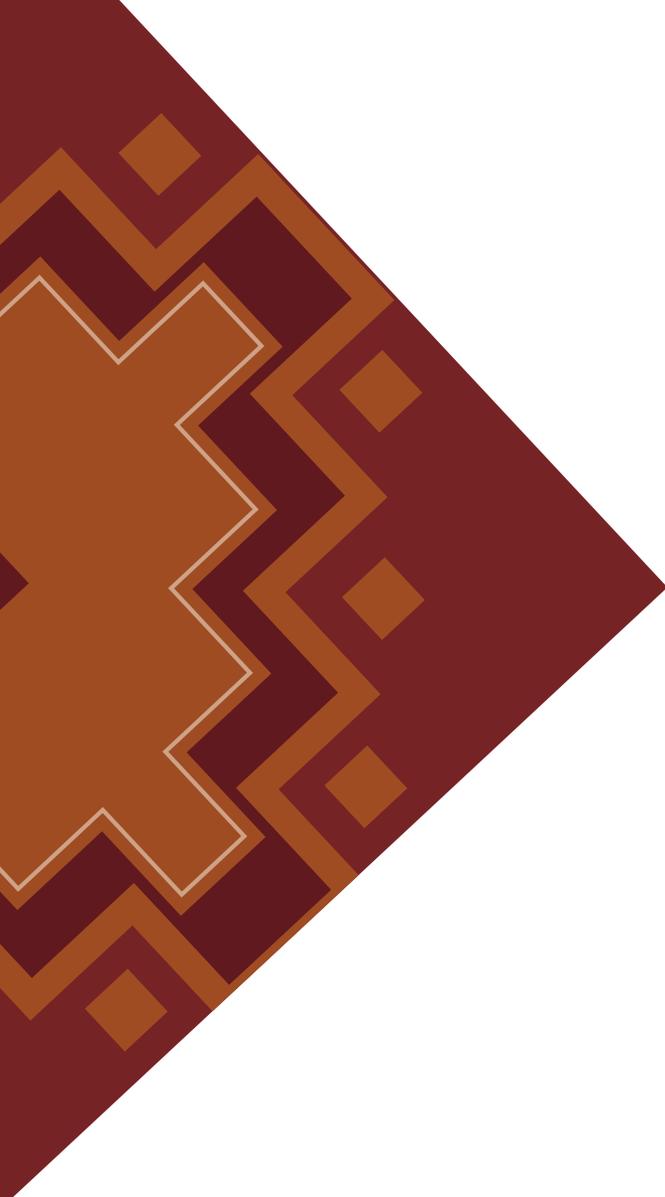
Coordinación de investigación y edición:
Ferran Cabrero

Trabajo de campo por provincias y sectores:
Gloria Minango (Esmeraldas, organizaciones indígenas)
Marianela Ávila (Sucumbíos, instituciones estatales)
Alexandra Costales (Cotopaxi, ONG y organizaciones juveniles)
Shirley Lupa (apoyo Sucumbíos y Esmeraldas)

Diseño:
Mantis Comunicación
mantis@mantis.com.ec

Corrección de estilo:
Paulina Rodríguez

Impresión:
Imprenta Activa
Quito - Ecuador



Índice de contenidos

I. Índice de tablas y gráficos	4
II. Glosario	5
III. Introducción	7
IV. Metodología del trabajo de campo	9
V. Contexto	13
VIH y sida en Ecuador	
Tuberculosis	
Salud Sexual y Reproductiva y embarazo en adolescentes	
VI. Marco conceptual	27
Juventud indígena	
Concepciones de salud	
VII. Análisis del trabajo de campo	33
Pautas culturales	
Prácticas sexuales	
Prevención de VIH y de embarazo no planificado	
Consumo de drogas y alcohol	
Migración	
Acceso a servicios	
Estigma, discriminación y violencia	
VIII. Conclusiones	49
IX. Recomendaciones	55
X. Bibliografía seleccionada	59
Libros y estudios	
Documentos, directrices e informes institucionales	
Compendios estadísticos	
Artículos	
XI. Anexo. Dinámica territorial	65



I. Índice de tablas

Tabla 1. Comunidades donde se realizó la investigación cualitativa	10
Tabla 2. Relación VIH y sida, TB y embarazo en adolescentes de acuerdo a las provincias de estudio	10
Tabla 3. Provincias y cantones de alta prioridad en referencia a VIH y sida (2009)	11
Tabla 4. Uso del condón en la última relación sexual, según grupo étnico. Mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/SIDA y tuvieron relaciones sexuales en el último año	19

Gráficos

Gráfico 1. Pobreza según NBI de acuerdo a segmentos de población (2001)	14
Gráfico 2. Población joven en condiciones de pobreza por NBI en Ecuador (2006)	15
Gráfico 3. Casos acumulados de VIH y sida en Ecuador (1984-2009)	16
Gráfico 4. Mortalidad por VIH/SIDA en Ecuador (1999-2007)	17
Gráfico 5. Casos de VIH y sida según grupo de edad en Ecuador (2009)	17
Gráfico 6. Tasa de incidencia de sida por provincias por 100.000 habitantes (2009)	18
Gráfico 7. Porcentaje de al menos un embarazo de acuerdo al nivel de instrucción (2004)	20
Gráfico 8. Porcentaje de adolesc. (15/19) que están actualmente embarazadas	21
Gráfico 9. Porcentaje de ingresos hospit. relacionados con embarazo (10/19)	21

II. Glosario

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ARV	Antirretrovirales
AMNKISE	Asociación de Mujeres de la Nacionalidad Kichwa de Sucumbios
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
CODENPE	Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador
CONAIE	Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador
CONAICE	Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Costa del Ecuador
CONFENIAE	Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana
DINAPIN	Dirección Nacional de Defensa de los Derechos de los Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo
ECUARUNARI	Confederación Kichwa del Ecuador
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo
ENIGHU	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos
FCI	Family Care International (Ecuador), ONG
FEINCE	Federación Indígena de la Nacionalidad Cofán del Ecuador
FONAKISE	Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Sucumbios
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MSP	Ministerio de Salud Pública
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Mundial de la Salud
PPL	Persona privada de libertad
PVVS	Personas que viven con VIH y sida
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas en VIH/SIDA
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIA	Sistema Informático del Adolescente
SIISE	Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador
SIJOVEN	Sistema Integrado de Indicadores de la Juventud en el Ecuador
SNUE	Sistema de las Naciones Unidas en Ecuador
SSR	Salud sexual y reproductiva
TB	Tuberculosis
TS	Trabajadores sexuales
TV	Transmisión vertical
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIF	Violencia intrafamiliar
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



III. Introducción

En sus manos tiene el resumen de la investigación operativa (cualitativa) sobre la **situación de salud de los/las jóvenes indígenas y brechas de género en Ecuador**, un esfuerzo entre el Ministerio de Salud Pública: Microárea de Adolescencia, Área de Salud de Adolescencia de la Dirección Nacional de Normatización, el Subproceso de Salud Intercultural y los Programas Nacionales de VIH/SIDA/ITS y de TB, ambos de la Dirección Nacional de Control y Mejoramiento de la Salud Pública del mismo Ministerio; en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (Unifem), y en convenio con la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Flacso-Sede Ecuador.¹

Con esta investigación se espera poder contribuir a la comprensión de la situación especial que atraviesan los y las jóvenes indígenas del país como paso previo a la adecuación de políticas públicas y la ejecución de programas adecuados para este sector de la población y franja de edad. A nivel internacional, en el marco del Día Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, hace casi 20 años la OPS organizó un encuentro sobre salud y pueblos indígenas (Winnipeg, abril 1993), cuyas recomendaciones fueron aprobadas por el consejo directivo de dicha organización internacional en la resolución V, instando a los Gobiernos miembros a un compromiso al respecto con los pueblos indígenas. En esta misma dirección se enfocan otras resoluciones de la misma organización dentro de la primera década internacional de los pueblos indígenas del mundo (1994-2004).

Hay que remarcar que el tema de salud continúa de forma prioritaria en el programa de acción de la segunda década (2005-2015), y otras organizaciones como Unfpa y Unifem han centrado sus esfuerzos especialmente en la mujer y los y las jóvenes indígenas. Estos esfuerzos se encaminan a trabajar en conjunto con las instituciones del Estado, como el Ministerio de Salud del Ecuador, para avanzar en la garantía de los derechos humanos individuales y colectivos de todos y todas.

1 Esta investigación es uno de los componentes del proyecto regional de la OPS para América Latina Juventud indígena, Salud, Desarrollo e Inclusión, auspiciado por la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (Aecid) y cuyo fin último es contribuir a garantizar la salud y el desarrollo integral de la población indígena joven y disminuir las conductas de riesgo y situaciones de vulnerabilidad, así como la prevalencia de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y tuberculosis y la prevención del embarazo en adolescentes a través del desarrollo de sistemas de información, desarrollo de políticas públicas inclusivas, acceso a servicios de salud integrados y alianzas estratégicas, con participación juvenil y un enfoque de derechos, de género e interculturalidad.





IV.
Metodología del
trabajo de campo

En Ecuador la investigación se focalizó en cuatro nacionalidades de tres cantones con un alto índice de población indígena, pertenecientes a distintas provincias que abarcan las tres zonas ecológicas del país. Las nacionalidades fueron: la chachi y la èpera en Eloy Alfaro, Esmeraldas (Costa), la kichwa en Lago Agrio, Sucumbíos (Amazonía norte), y la kichwa (panzaleo) en Sigchos, Cotopaxi (Sierra centro).

Tabla 1. Comunidades donde se realizó la investigación cualitativa

Zona ecológica	Provincia	Nacionalidad	Pueblo	Cantón	Parroquia
Costa	Esmeraldas	Chachi, èpera	Chachi, èpera	Eloy Alfaro	Borbón (6.936 hab.)
Amazonía	Sucumbíos	Kichwa	Kichwa de la Amazonía	Lago Agrio	Dureno (3.606 hab.)
Sierra	Cotopaxi	Kichwa	Panzaleo	Sigchos	Chugchilán (6.356 hab.)

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo del INEC 2001.

Para estas nacionalidades y en estos tres cantones se identificaron tres parroquias que fueron escogidas especialmente a partir de: (i) la incidencia de embarazo en adolescentes; (ii) la incidencia de TB; (iii) su componente de población indígena; (iv) la relativa facilidad de acceso (tanto de los participantes como del equipo investigador); (v) su capacidad organizativa (vinculación con las organizaciones indígenas CONAICE, CONFENIAE y ECUARUNARI); y (vi) en parte su trabajo previo en salud (sobre todo preventiva).

Tabla 2. Relación VIH y sida, TB y embarazo en adolescentes de acuerdo a las provincias de estudio

Provincia	Cantón	Porcentaje población indígena (cantón)	VIH y sida (provincia)	TB (provincia)	Embarazo en adolescentes
Esmeraldas	Eloy Alfaro	75,43%	Alta	Alta	Alta
Sucumbíos	Lago Agrio	13,87%	Media	Alta	Media
Cotopaxi	Sigchos	41%	Baja	Media	Media

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo del INEC 2001.

Para realizar el trabajo de investigación se utilizó una metodología cualitativa, con grupos focales, entrevistas en profundidad, abiertas e historias de vida. Se realizaron cuatro grupos focales por cada uno de los tres cantones/provincias (12 grupos focales en total), con una media de ocho personas por grupo y organizados por edades (aproximadas) de 10 a 14 y de 15 a 19 años. Además, se efectuaron un total de 12 entrevistas en profundidad a jóvenes indígenas, 4 historias de vida, así como 18 entrevistas abiertas a distintas personas relacionadas con la temática a lo largo y ancho del país

(funcionarios públicos, trabajadores de ONG, dirigentes comunitarios, promotores de salud, maestros, parteras o médicos tradicionales).

En **Esmeraldas** los grupos focales fueron realizados en Borbón, en **Cotopaxi** en Chugchilán (específicamente en la comunidad Guayama San Pedro) y en **Sucumbíos** se congregó a los y las jóvenes en la ciudad de Lago Agrio. Las entrevistas en profundidad fueron realizadas en las comunidades de Santa Rosa (en el caso de Esmeraldas), en Guayama San Pedro y Plancha Loma (Cotopaxi), y en Durero en el caso de la provincia amazónica de Sucumbíos. El trabajo se desarrolló en todo momento con sensibilidad cultural de acuerdo con los conceptos de los pueblos indígenas (como el *sumak/alli kawsay* de la Sierra), incluyendo su percepción y vivencia de la sexualidad y de la dinámica salud-enfermedad.

Tabla 3. Métodos cualitativos utilizados

Método cualitativo	Número
Entrevistas	30 (12 semiestructuradas y 18 abiertas)
Historias de vida	4
Grupos focales	12 (4 grupos de edad por provincia)



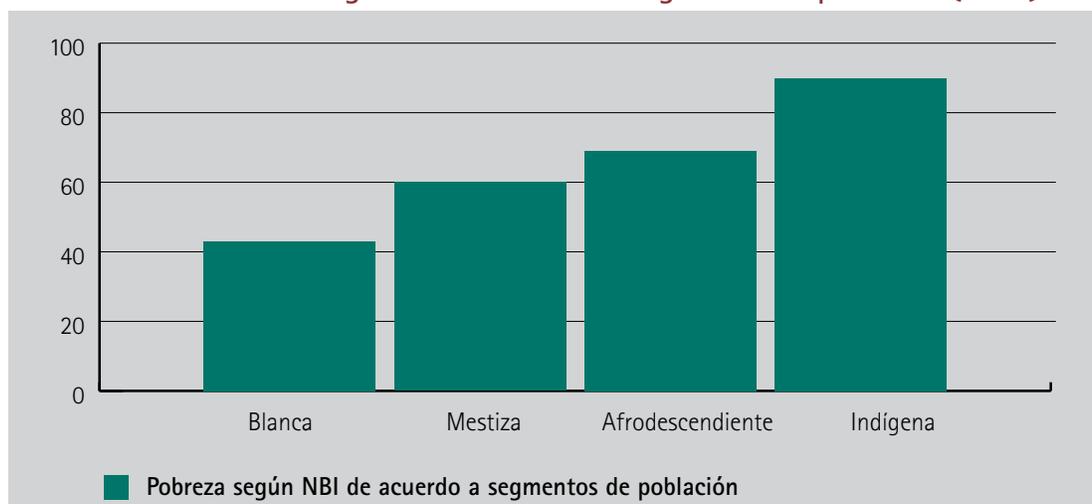
V. Contexto



En el territorio del Ecuador conviven 14 nacionalidades y 17 pueblos indígenas ubicados en la Sierra, Costa y Oriente,² que representan entre el 6 y el 40% del total de la población ecuatoriana, mayormente rural, según diferentes estimaciones.³ A pesar de la diversidad y riqueza cultural que representan, tienen en común altos índices de pobreza económica que son reflejo de la discriminación histórica que sufren por razón "étnica", lo que a su vez incide en un acceso limitado a los servicios sociales y, en general, a las políticas de desarrollo (puesto que restringen las oportunidades de los pueblos indígenas para participar en la toma de decisiones sobre su propio destino). Aun con la deficiencia y limitación de los datos desagregados disponibles, todas las estadísticas nacionales muestran estas disparidades.⁴ Véase el anexo para un resumen explicativo de las nacionalidades del estudio.

En general se puede constatar que el origen cultural y racial (o "étnico"), la residencia (rural o urbana), el sexo y el género determinan las oportunidades de las personas para acceder a bienes y servicios de la sociedad. Se estima que 9 de cada 10 personas autodefinidas como indígenas son pobres (a partir de NBI). Según los datos del Censo de Población y Vivienda de 2001 (INEC), de una población total de 830.418 indígenas, un total de 746.602 son pobres; es decir, el 89,9% (a diferencia del 45% de población blanca, el 60,3% de la mestiza y el 70,3% de la afroecuatoriana).

Gráfico 1. Pobreza según NBI de acuerdo a segmentos de población (2001)



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo del INEC 2001.

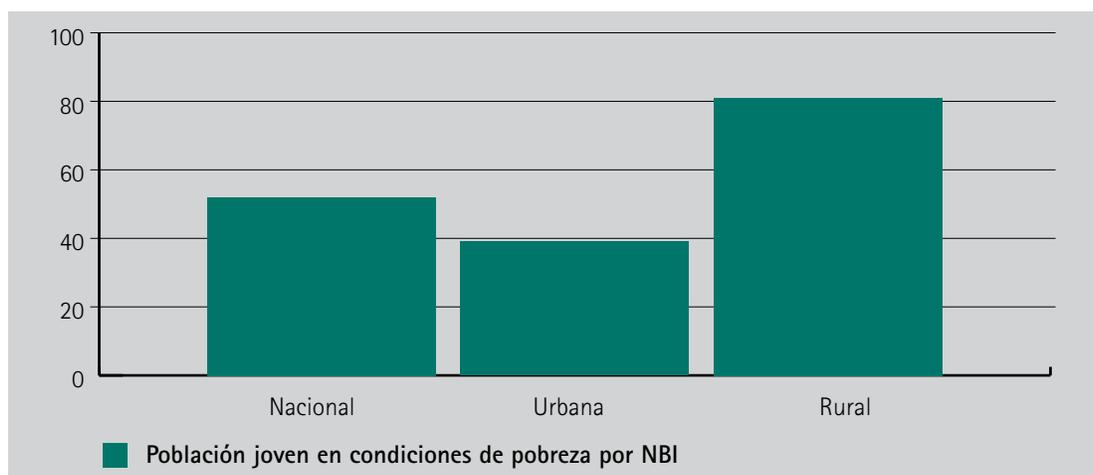
- 2 El Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (Codenpe) define nacionalidad como "una entidad histórica y política, que tiene en común una identidad, historia, idioma, cultura propia; que vive en un territorio determinado, mediante sus propias instituciones y formas tradicionales de organización social, económica, jurídica, política y ejercicio de autoridad propia". Según el mismo organismo, pueblo "es una colectividad originaria, conformada por comunidades o centros con identidades culturales que les distinguen de otros sectores de la sociedad ecuatoriana; está regido por sistemas propios de organización social, económica, política y legal".
- 3 Según el Censo de 2001, los datos del cual no han sido aceptados plenamente por las organizaciones indígenas (debido a que se sienten subregistradas), el 6,6% de la población de 15 años o más habla una lengua nativa o se autodefine como indígena. Sin embargo, según las estimaciones del Codenpe los habitantes indígenas en el país son el 40%. Las llamadas "nacionalidades indígenas" del país son las siguientes: kichwa, awá, chachi, épera, tsáchila, cofán, secoya, siona, waorani, shiwiari, zápara, shuar, achuar y andoa. Los pueblos indígenas serían los siguientes: panzaleo, salasaka, saraguro, kitukara, karanqui, natabuela, chibuelo, waranka, kañari, puruhá, otavalo, pasto, palta, kisapincha, kayambi y toamblea. En la Costa se encuentra el pueblo manta-wancavilca-puná.
- 4 Véase el último Censo de Población y Vivienda (2001), la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2005-2006, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos (Enighu) 2003-2005, y la Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (Enemdu) 2006, del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC); así como la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Endemain), del Cepar, la última de las cuales data de 2004.

Lo más grave de la situación se muestra en una comparativa diacrónica a partir de la Enemdu 2003-2006, donde la pobreza en la población indígena aumenta del 80,75% en 2003 al 83,22% en 2006; y la indigencia del 51,32% al 53,55%. En cambio, en la población no indígena no solo no aumenta, sino que disminuye de la siguiente forma: la pobreza del 63,85% en 2003 al 54,94% en 2006, y la indigencia del 35,70% al 26,41% a lo largo de los mismos años.

Como subraya la Evaluación Común de País (CCA, por sus siglas en inglés) del Sistema de las Naciones Unidas en Ecuador (SNU),⁵ "son evidentes las disparidades que existen hoy en la calidad de vida de la población ecuatoriana. Las barreras que impiden el pleno ejercicio de los derechos de la población están asociadas a las categorías sociales, además de la residencia, el origen cultural y racial, el sexo y la edad de las personas. La exclusión social afecta principalmente a la población del campo, a los grupos indígenas y afroecuatorianos, a las mujeres, a los adultos mayores y a la niñez; es decir, afecta a una parte importante de la población, sino a la mayoría". De manera similar, en 2003 el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial observó para Ecuador que, pese a las garantías constitucionales y legales, sigue existiendo discriminación contra las poblaciones indígenas. Aspecto que se remarcó en el Informe para el país del relator especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Rodolfo Stavenhagen, en su visita al país en 2006.⁶

Entre las enfermedades endémicas que afectan a los indígenas se encuentran: tuberculosis, malaria, dengue, hepatitis, fiebre amarilla y, de manera creciente, la diabetes (con el riesgo añadido de bajar las defensas del organismo).⁷ En el caso de las mujeres, a la pobreza y la discriminación étnico-racial se suma la discriminación por género (la conocida "triple discriminación"). En el caso de los y las jóvenes en general, hay por igual datos alarmantes, ya sea socioeconómicos como de salud.

Gráfico 2. Población joven en condiciones de pobreza por NBI en Ecuador (2006)⁸



Fuente: Elaboración propia a partir del Siise, Sijoven, 2006.

5 www.un.org.ec/onu/CCA-undaf

6 De acuerdo al informe especial de la visita al país en 2008 (en el marco de la Asamblea Constituyente) del nuevo relator, James Anaya, hay que asegurar los derechos colectivos de los pueblos indígenas del Ecuador en las políticas y programas del Estado ecuatoriano.

7 Véase, por ejemplo, "Overlooked and in Jeopardy: Indigenous Peoples with Diabetes", de Ida Nicolaisen (2006) en *Diabetes Voice*, junio de 2006, vol. 51, 2.

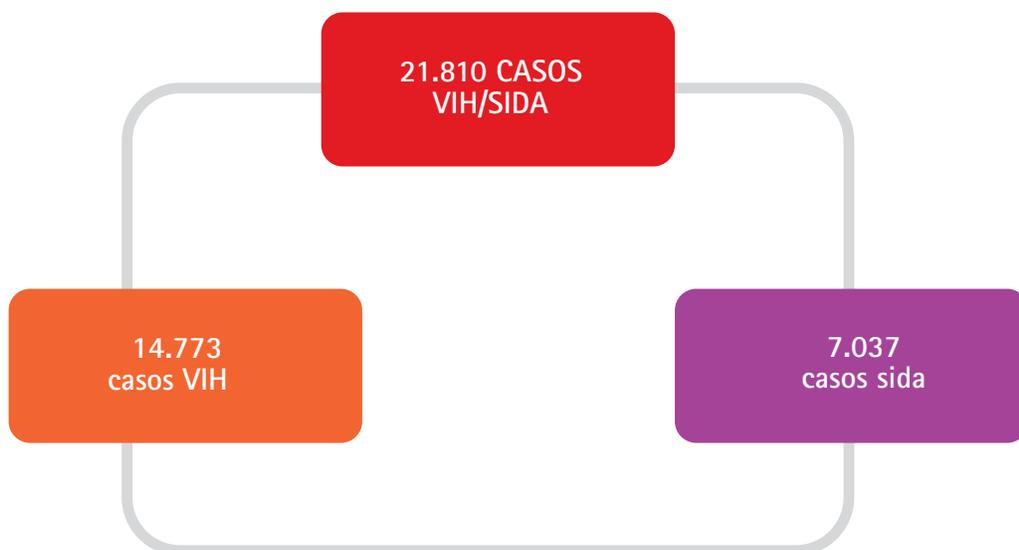
8 Véase otros gráficos en el anexo.

Por ejemplo, un significativo 45% de los y las jóvenes ecuatorianos consideran que son maltratados/as, mientras que entre la población de 14 a 16 años el 34% manifiesta ser maltratados/as por sus padres al menos una vez por semana. El 70% de las causas de muerte en los jóvenes varones es por violencia y accidentes; mientras que en las mujeres jóvenes el 50% de las causas de muertes es por problemas de salud reproductiva.

VIH y sida en Ecuador

Ecuador registró oficialmente sus primeros casos de VIH y sida en 1984, con la detección de ocho personas viviendo con VIH, cinco hombres y tres mujeres. A diciembre de 2009 el acumulado de casos en el país sumaba 21.810 personas, de los cuales 14.773 tenían VIH y 7.037 sida.⁹

Gráfico 3. Casos acumulados de VIH y sida en Ecuador (1984–2009)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MSP, 2009.

Aunque sigue habiendo una prevalencia menor al 1% de la población, los casos de VIH siguen aumentando. De acuerdo al MSP/Onusida (2008: 7), la tendencia de los últimos años es que "hay un aumento significativo de la notificación de infectados por VIH a expensas fundamentalmente del tamizaje de embarazadas, donantes de sangre y personas que consultan por ITS y TB". Se observa igualmente cierta estabilización en los casos de sida y un descenso de la mortalidad, lo que remitiría al incremento en el tamizaje de VIH y mayor accesibilidad a ARV.

9 16.212 casos actuales de VIH y sida en Ecuador si se restan las 5.598 defunciones reportadas hasta 2009. Cifras del MSP aún no publicadas. Hay que tener en cuenta, no obstante, que estos datos son pasivos, puesto que muchos hospitales y clínicas privadas no reportan al sistema de vigilancia (SNUE, 2010: 13).

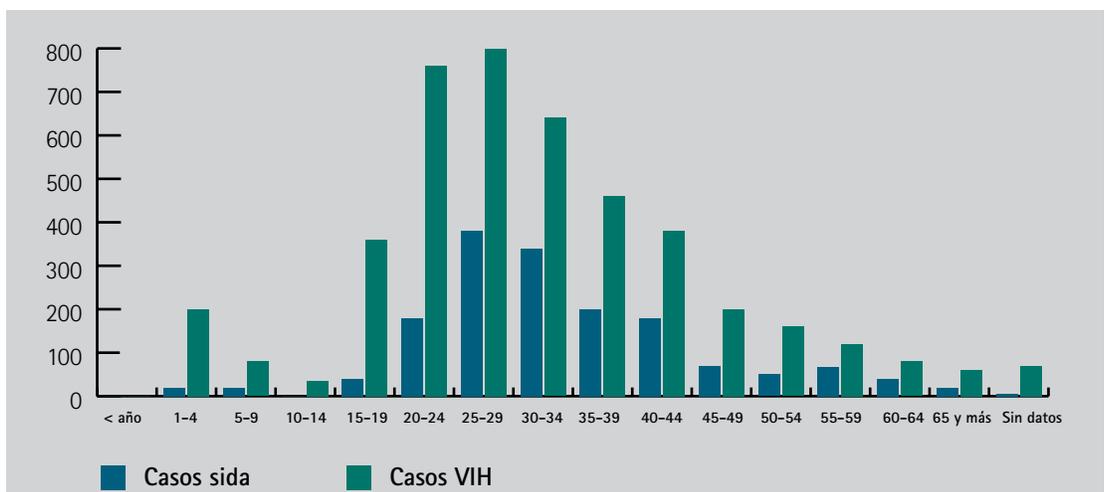
Gráfico 4. Mortalidad por VIH/SIDA en Ecuador (1999–2007)



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2007.

Las personas jóvenes entre 15 a 29 años de edad son las más afectadas por la epidemia, representan el mayor porcentaje de personas que viven con VIH y sida en el país.¹⁰ Es decir, la epidemia afecta en mayor porcentaje a la población económicamente activa y en etapa reproductiva. En 2007 las mujeres alcanzaron la tasa máxima registrada en la historia, si bien en los dos últimos años se ha estabilizado (MSP/Onusida 2008: 7). Visto desde la ocupación de los y las afectadas, llama la atención el hecho de que las mujeres que realizan quehaceres domésticos constituyan el segundo grupo de vulnerabilidad, luego de los obreros y las obreras.

Gráfico 5. Casos de VIH y sida según grupo de edad en Ecuador (2009)



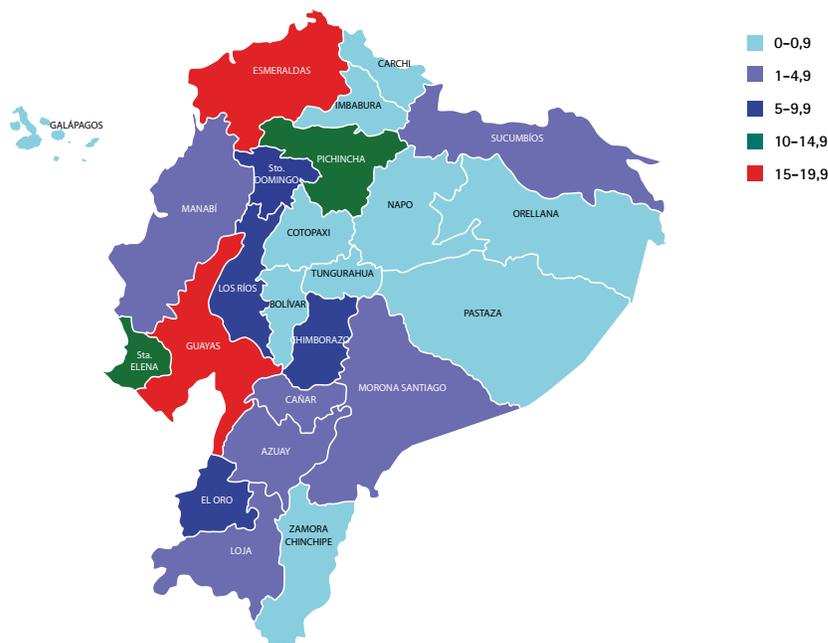
Fuente: Programa Nacional del VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 2009.

¹⁰ De acuerdo al MSP; 2008b: 4: "La población joven y adolescente continúa estando en el centro de la pandemia del VIH, cuando se refiere a transmisión, vulnerabilidad, impacto y potencial para cambiar las actitudes y los comportamientos que son la base para el cambio en la tendencia de la infección".

Por provincia y pertenencia étnica

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud, en el año 2009, se registraron 4.041 casos de VIH y 1.295 casos de sida, siendo **Guayas** y **Pichincha** (con 3.013 y 646 casos de VIH y sida respectivamente) las provincias de mayor notificación en el país. En referencia a las provincias de estudio y según el Ministerio de Salud con datos aún no publicados, en **Esmeraldas** y para el año 2009 hay 70 casos de sida notificados; mientras que en VIH se han reportado 213. En **Sucumbíos** de momento los reportados de sida en 2009 (sin acumular) son 7, así como 19 de VIH. En **Cotopaxi** y en el mismo año, se registran 3 personas con VIH y 20 con sida.

Gráfico 6. Tasa de incidencia de sida por provincias por 100.000 hab. (2009)



Fuente: Programa Nacional de VIH/SIDA, Ministerio de Salud Pública, 2009. Elaboración: Equipo Consultor Ungass.

Excepto Esmeraldas, Sucumbíos y Cotopaxi son provincias de media y baja prevalencia de VIH y sida. Sin embargo, son datos que deben ser cruzados con el porcentaje de población por "condición étnica", puesto que son provincias que tienen importantes porcentajes de población indígena: **Sucumbíos** (10,4% de la población provincial o 13.476 personas indígenas en total) y **Cotopaxi** (24,1% o 84.116 personas indígenas).¹¹ Es decir y tal y como confirman las bases de datos respectivas,¹² hay población indígena afectada con VIH y sida. Además y en el caso de Sucumbíos, cabe añadir la vulnerabilidad de la población desplazada desde Colombia por la violencia.¹³ Esmeraldas y Sucumbíos

11 INEC. La población indígena del Ecuador. Quito: INEC; 2006.

12 Por ejemplo, la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi tenía registrados dos casos de personas indígenas con sida, fallecidas hace poco tiempo y en el transcurso de esta investigación.

13 SNUJ. *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA y Violencia Intrafamiliar en la provincia de Sucumbíos*, Ecuador. Quito: SNUJ; 2010. De acuerdo a la publicación: "La destrucción de las relaciones y estructuras familiares entre la población refugiada deja a muchas mujeres y personas menores de edad en una situación de alta vulnerabilidad a abusos y explotación, que puede implicar mayor exposición y riesgo de infección del VIH" (p. 16).

tienen una clínica de sida para atención de PWS respectivamente (añadiendo también la prevención de la transmisión vertical en el caso de la primera provincia).

De manera similar a los otros países de América Latina y el mundo, en Ecuador existe una deficiencia preocupante en datos desagregados por "condición étnica". Aparte de los datos del Censo de 2001, hay una única herramienta estadística con extensa información desagregada, si bien está orientada a segmentos específicos de la población: la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Endemain), la última de las cuales data de 2004 (véase 2006 para el estudio *Situación de salud de los pueblos indígenas en Ecuador*). En referencia concreta al VIH y sida, a través de los datos se evidencia que las mujeres indígenas y aquellas con bajo nivel de instrucción tienen poco conocimiento respecto a la epidemia y a las ITS en general. Por el contrario, las mujeres mestizas conocen las ITS en porcentaje algo superior al promedio. Todo esto denota una insuficiencia en la educación adecuada sobre la sexualidad en el país, así como sus diferencias étnicas notorias.

La utilización del preservativo entre las poblaciones indígenas es otra variable que conviene analizar: es mucho más limitado entre las mujeres indígenas (3,1%) que entre las blanco-mestizas (alrededor del 6,5%); menos de la mitad porcentual. Respecto a las "Creencias no documentadas sobre la transmisión del VIH", que denota el nivel de instrucción y la influencia de los mitos y factores culturales propios de cada grupo étnico de la sociedad, las mujeres indígenas tienen porcentajes superiores en todas estas creencias. Finalmente, hay que apuntar que las "Actitudes de aceptación frente a personas que viven con el VIH" muestran porcentajes inferiores en la población indígena, lo que se relaciona con el bajo conocimiento sobre el VIH y sida y la persistencia de mitos acerca del virus.

Tabla 4. Uso del condón en la última relación sexual, según grupo étnico. Mujeres de 15 a 49 años que conocen o han oído hablar del VIH/SIDA y tuvieron relaciones sexuales en el último año

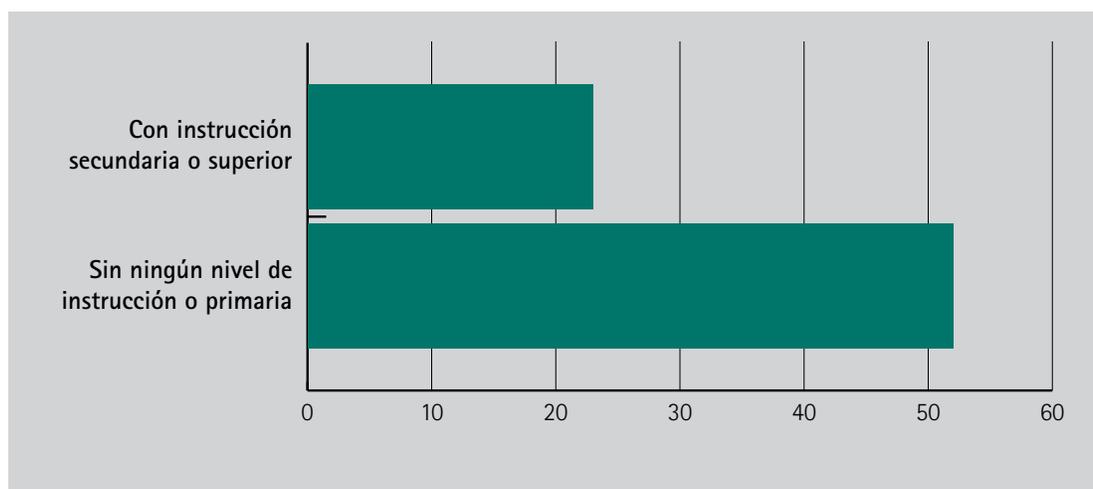
Grupo étnico	Usó condones		Total	Nº de casos
	Sí	No		
Indígena	3,1	96,9	100,0	323
Mestizo	6,2	93,8	100,0	5.726
Blanco	6,8	93,2	100,0	481
Otro	5,9	94,1	100,0	33
Total	6,1	93,9	100,0	6.867

Fuente: Endemain, 2004.

Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y embarazo en adolescentes

De manera específica en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, se comprueba que las mujeres indígenas enfrentan mayores problemas asociados al embarazo, al parto, al posparto, a la planificación familiar, y a la prevención y atención, a la violencia de género.¹⁴ Si bien no es exclusivo de las comunidades indígenas, cabe añadir que en estas, hay un alto porcentaje de embarazo en adolescentes, ya sea enmarcado en prácticas culturales (dentro del matrimonio), como probablemente por los bajos niveles de instrucción formal. En el ámbito rural Ecuador tiene un 20% de embarazo y maternidad adolescentes.¹⁵ De manera concreta, un 7,6% de indígenas en la franja de edad 15-17 años han sido madres, ascendiendo a un 31% en la franja de 18-19 años; porcentajes solo superados en las madres afrodescendientes.¹⁶

Gráfico 7. Porcentaje de al menos un embarazo de acuerdo al nivel de instrucción (2004)



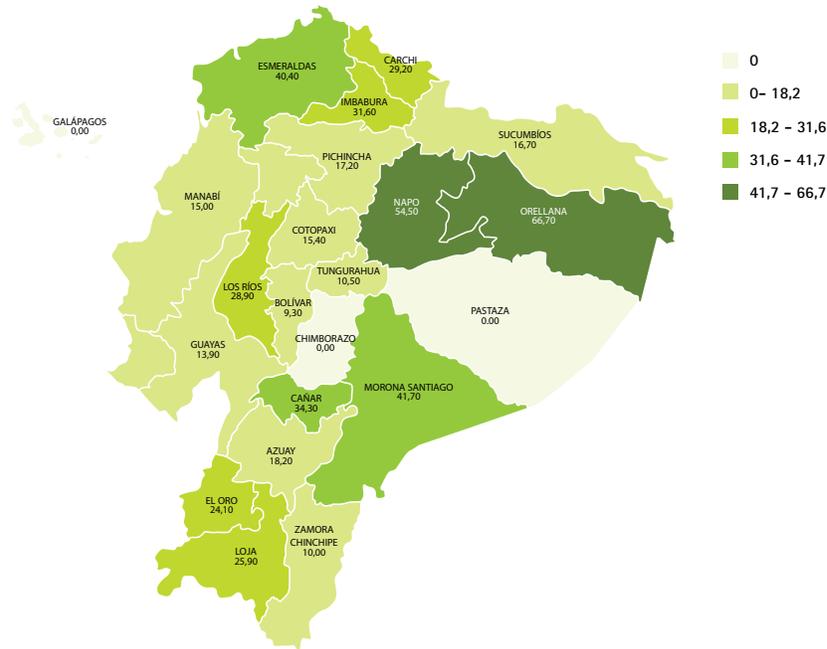
Fuente: Elaboración propia a partir de la Endemain 2004.

14 Édgar Guatamal, fiscal general del Estado para los pueblos indígenas apunta: "Alrededor del 30% de los casos de la Dinapen eran por mujeres que habían sido víctimas de violencia de género. Es típico lo del 'aguanta nomás, por eso te comprometiste". Entrevista telefónica con el autor, 1 de septiembre de 2008 (citado por Cabrero *et al.* 2009).

15 Indicadores básicos para el seguimiento del EA en la Subregión Andina. Línea Base del Embarazo en Adolescentes 2006, Área de Salud de Adolescentes, Dirección Nacional de Normatización, MSP. Entre otros datos se encuentra que únicamente un 13,8% de las adolescentes sexualmente activas utilizan cualquier método moderno anticonceptivo, y solo un 6,5% el condón o preservativo.

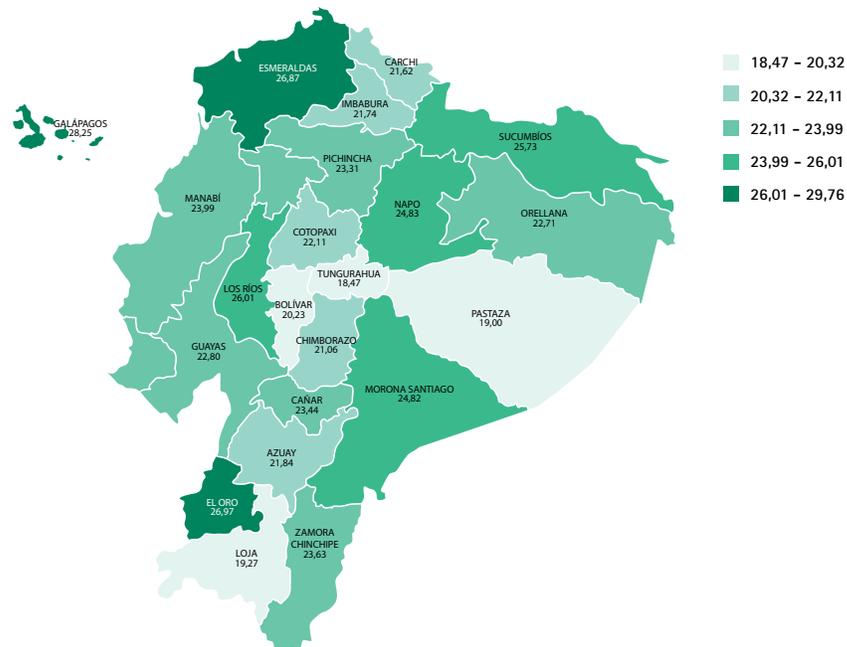
16 Plan Nacional de Prevención del SA Ecuador. MSP, 2007.

Gráfico 8. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que están actualmente embarazadas. Número de mujeres de 15 a 19 años que están embarazadas al momento de la medición con respecto al número total de embarazadas



Fuente: Endemain 2004.

Gráfico 9. Porcentaje de egresos hospitalarios relacionados con embarazo de 10 a 19 años. (Es la proporción de egresos relacionados con embarazo en adolescentes de 10 a 19 años con respecto al total de egresos hospitalarios relacionados con causas maternas)



Fuente: Egresos hospitalarios, Ministerio de Salud Pública, 2006.

Si bien las mujeres indígenas tienen tasas de fecundidad mucho más elevadas que las mujeres mestizas y blancas, las embarazadas indígenas presentan controles prenatales mucho menores que la media, con 23 puntos porcentuales (solo el 61% tuvo algún control prenatal). La atención profesional del parto (que a nivel nacional llega al 74%) en mujeres indígenas apenas alcanza el 30% (si bien aquí afectan también factores culturales que hay que tener en consideración). En cuanto a la vacuna antitetánica y al examen papanicolaou, las mujeres indígenas están por debajo del promedio, así como en la información sobre cáncer de seno, examen, autoexamen y mamografía. Estos indicadores se relacionan con la alta incidencia de la muerte materna que estaría afectando especialmente a las mujeres indígenas, así como con la elevada tasa de desnutrición infantil (crónica, global y aguda) y de mortalidad infantil, que supera en 12 muertes el promedio de 41 por mil nacidos vivos.¹⁷ Por otra parte, de manera alarmante, los gastos de salud de la población indígena (anual y per cápita) siempre son menores a los del promedio nacional.

De acuerdo a la misma encuesta Endemain 2004, el uso de anticonceptivos en el país alcanza el 73%. Sin embargo, esta prevalencia de uso se reduce drásticamente entre las mujeres indígenas (solo un 47% usa anticonceptivos). Entre los métodos utilizados por ellas están: la esterilización femenina 9%, DIU 8%, pastillas 4%, retiro 12%, ritmo 9%, inyección 4%, condón 2% y otros 1%. La principal razón que dan para la utilización de métodos anticonceptivos es no querer más hijos (señalado por el 60% de mujeres indígenas); la segunda, para espaciar los nacimientos (en este mismo grupo, un 38%). Este bajo porcentaje en la utilización de métodos anticonceptivos entre los y las jóvenes indígenas es alarmante. Además, la bajísima utilización del condón da cuenta de que los métodos usados tienen como fin evitar embarazos, no así ITS y VIH y sida.

Mención particular precisan las conductas machistas que persisten y se evidencian en las sociedades indígena y latinoamericana en general, como es el caso alarmante de la violencia psicológica, económica, física (y sexual) contra la mujer, que se ha convertido en un creciente problema de salud pública en el país, demostrado por los aumentos en las tasas de mortalidad, morbilidad y discapacidad (así como por los años de vida potencial perdidos).¹⁸ Según datos de la Endemain (2004), la mayor parte de esta violencia se da "puertas adentro", por parte del marido o compañero. La región rural tiene porcentajes mayores a la urbana en casi todos los indicadores sobre violencia de género, y el "grupo étnico" indígena está encima de los otros en estos mismos indicadores.

Por provincia

En referencia a las provincias de estudio y según el Ministerio de Salud con datos aún no publicados, en la provincia de Esmeraldas, para el año 2008 los casos reportados de infecciones de transmisión sexual (ITS) ascienden a 6.418, de los cuales 2.562 son mujeres y 3.856 hombres, lo que corresponde al 39,92% y al 60,08% de los casos reportados. En esta provincia se mantiene la misma tendencia

17 Otros indicadores al respecto que miden la salud del niño en la Endemain 2004: prevalencia de diarrea y tratamiento, prevalencia de infecciones respiratorias y tratamiento, tenencia y uso de carné de salud infantil, inmunización completa en niños de 12 a 23 meses. En la mayoría de estos indicadores, los niños y las niñas indígenas tienen valores diferentes a la media. Según el comunicado de prensa del relator especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Rodolfo Stavenhagen, en su visita a Ecuador en 2006: "La mortalidad infantil y la falta de acceso a servicios de salud en las áreas rurales son particularmente preocupantes".

18 Gómez, V. y M. López. *Violencia intrafamiliar y de género. Guía de prevención y atención para proveedores/as de salud*. Quito: Cepam/Unfpa/Fundación Esquel/MSP; 2001.

en cuanto a que son las personas jóvenes las mayormente afectadas.¹⁹ De acuerdo a la Endemain Esmeraldas 2004, el 52% de las mujeres de 15 a 24 años de edad ha tenido al menos una relación sexual, porcentaje inferior al encontrado en la encuesta de 1999 (59%). Es más frecuente la primera relación clasificada como premarital (40%)²⁰ que la marital (12%). Entre las y los adolescentes (15-19 años), la experiencia sexual es del 29%. Entre las jóvenes de 20 a 24 años, la experiencia sexual sube al 84% a nivel provincial, siendo premarital el 65%. En esta provincia son las mujeres ubicadas en el quintil económico más pobre las que tienen mayor experiencia sexual (58%), en comparación con las de quintil más rico (44%). De las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, solo el 16% reportó haber usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual. El menor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se da entre aquellas mujeres con bajos niveles de instrucción.

En la provincia de **Sucumbíos** los casos reportados de ITS para el año 2008 ascienden a 4.563, de los cuales 4.242 son mujeres y 321 hombres, lo que corresponde al 93% y 7% respectivamente. En la región Amazónica y de acuerdo a la Endemain 2004,²¹ más de la mitad de las mujeres entre 15 y 24 años de edad ha tenido al menos una relación sexual (55%), porcentaje similar al encontrado en las encuestas de 1999 (52%); siendo más frecuente la primera relación clasificada como premarital (46%), que la marital (9%). Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la experiencia sexual es del 46% (40% clasificada como premarital).²² Entre las jóvenes de 20 a 24 años de edad, la experiencia sexual sube al 72% a nivel regional. En este dominio de estudio las mujeres ubicadas en el quintil económico más pobre tienen mayor experiencia sexual (63%), en comparación con las del quintil más rico (47%). De las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, solo el 23% reportó haber usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual. El uso fue mayor en la relación premarital (27%), que marital (7%). Como en Esmeraldas y el resto del país, el menor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se da en mujeres con bajos niveles de instrucción (29%).

De forma añadida, una encuesta más concreta a las personas kichwas de **Sucumbíos**, entre 10 y 53 años, arroja los siguientes resultados: La edad promedio de la primera relación sexual es 17 años; el 68% de los encuestados dice conocer cómo se produce el embarazo y el 32% da una respuesta incorrecta. El 35,6% de los y las encuestadas no conocen ningún método anticonceptivo de la medicina kichwa. El método más conocido fue la planta cruz caspi (27,2%), pero solo el 17,5% opina que estos métodos funcionan bien como anticonceptivos. En este sentido, adultos y adultas presentan más confianza que los y las adolescentes. Casi todos los y las entrevistados/as conocen los métodos anticonceptivos occidentales siendo los más conocidos los preservativos (21,4%), salpingectomía (20,1%), hormonales orales (18%) y hormonales inyectables (17,5%). Sin embargo, el 12,4% de los encuestados desconoce las funciones del condón, en tanto que el 42,8% dice que sirve para evitar embarazos y solo el 43% para protegerse del VIH/SIDA.²³

19 La población joven y económicamente activa (15 - 39 años) es la que mayormente reporta estas infecciones, alcanzando un 62% del total de casos reportados. Fuente: Datos no publicados del MSP, 2008.

20 Se considera relación premarital si la persona con quien tuvo la primera experiencia sexual no era el esposo o compañero.

21 La muestra no daba para un estudio por provincia.

22 El 44% del total de mujeres de 12 a 24 años ha tenido al menos un embarazo (similar a la Endemain Amazonía 2004). De hecho, la edad promedio del primer embarazo es alrededor de 17 años, cuatro menos al de la persona que la embarazó (SNUe, 2010: 88).

23 Viteri, I. y N. Rodríguez. *Línea de base salud sexual y reproductiva en comunidades kichwas de la provincia de Sucumbíos*. Documento borrador no editado; 2009.

Siguiendo con los datos epidemiológicos aún no publicados del Ministerio de Salud, en **Cotopaxi** en 2008 habría un total de 8.244 casos de personas con ITS (1.941 hombres y 6.303 mujeres), 23,55% de hombres y 76,45%. El mayor número de casos está entre los 15 y 35 años de edad. En las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, únicamente algo más de una de cada 10 reportó haber usado algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (Endemain Cotopaxi, 2004: 70). Sobre la experiencia sexual de las mujeres de 15 a 24 años, el 43% ha tenido al menos una relación sexual (porcentaje ligeramente inferior al 46% registrado en la encuesta de 1999). Es mucho más frecuente la primera relación clasificada como premarital (35%) que la marital (8%). Entre las adolescentes entre 15 y 19 años, la experiencia sexual es del 24%, de los cuales el 21% es premarital. Entre las jóvenes de 20 a 24 años de edad la experiencia sexual es del 68% a nivel provincial (54% de los cuales es premarital). Las mujeres ubicadas en los quintiles económicos más pobres tienen mayor experiencia sexual (45%) en comparación con el 40% de los quintiles más ricos. El menor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se da en las mujeres con bajos niveles de instrucción. En la provincia, el 51% de adolescentes y jóvenes con ningún nivel de instrucción o con primaria han estado alguna vez embarazadas, en comparación con el 24% de adolescentes con instrucción secundaria o superior (Endemain Cotopaxi, 2004: 71). No obstante, se registra en estas mujeres con bajos niveles de instrucción un 31% de embarazos maritales (por un 9% de embarazos premaritales en este mismo grupo). Es decir, son mayores los índices de embarazo en adolescentes en contextos de bajo nivel de escolarización y en el matrimonio. Respecto a la edad, se observa que el 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años han tenido al menos un embarazo, y de las jóvenes entre 20 y 24 años el 59% han tenido al menos un embarazo. Entre adolescentes y jóvenes con ningún nivel de instrucción o con primaria, 5 de cada 10 han estado alguna vez embarazadas (51%), porcentaje que dobla el registrado en aquellas con instrucción secundaria o superior (24%).





VI. Marco conceptual



Juventud indígena

De acuerdo al Sijoven:²⁴ "La juventud es una categoría construida culturalmente en contextos socio-históricos y relaciones de fuerza determinadas, que parte de una lógica individual y colectiva diversa en la que confluyen éticas y estéticas, es decir, estilos de vidas particulares (individuales y colectivos) prácticas, imaginarios y sentidos; todos ellos caracterizados por situaciones y condiciones sociales que se expresan en relaciones de confianza o conflicto con la sociedad y sus instituciones, con sus propios espacios emocionales o materiales para la socialización, y con distintos ámbitos y entornos de pertenencia y familia, escuela, grupo de pares, calle y otros, como factores que la posicionan socioculturalmente en el tiempo y espacio. La edad social, salvo particularidades de situaciones y condiciones, para definir y analizar la situación juvenil, puede establecerse entre los 15 y 29 años". El paso a una etapa adulta comprende situaciones como el aumento progresivo de jornadas cotidianas en el mundo laboral, la disminución del tiempo para el juego y la recreación, la conformación de hogares propios con independencia económica, así como un decrecimiento de procesos de enseñanza/aprendizaje.²⁵

No obstante, esta definición no es transcultural, no abarca a todas las culturas, ni siquiera en Ecuador. En general, las culturas indígenas del país no utilizan el término *adolescente* y consideran la juventud como un período de edad máximo hasta los 20 años. Esta especie de "invisibilidad" de la adolescencia está asociada al matrimonio en edades muy tempranas, siempre desde la perspectiva urbana y blanco-mestiza. Los cofanes, por ejemplo, utilizan el término *desenga*, que en el idioma aingae es aquella franja de edad entre los 12 y los 20 años. Para el término *joven*, los *ëpera* utilizan las palabras *küntraa* (muchacho) y *aweëra* (muchacha), y los *chachis musu* y *panna*; aunque más que franjas de edades son "estados de compromiso social"; dejan de ser jóvenes cuando se casan y asumen responsabilidades, independientemente de la edad del calendario. Por ejemplo, en las comunidades *chachis*, cuando los jóvenes se casan pasan a llamarse *ruku* (en el caso del varón) y *shimbu* (en el caso de la mujer).

Por su parte, los *kichwas* utilizan el concepto de *guambra*. Cuya traducción literal es: son "como" hombre y mujer, pero solo con el matrimonio se transforman en *kari** y en *huarmi**, y obtienen ese estatus ante la familia y la comunidad. Esta situación entra en colisión con aspectos principales de la sociedad mestiza y blanca, nacional. Las *huarmiguambas*, por ejemplo, deben hacer las tareas domésticas como la mamá, de ahí que a veces no asistan a la escuela, pues esta, hasta hace poco, no estaba asociada a estatus alguno, para las mujeres en la sociedad indígena.²⁶

Finalmente, hay que apuntar la situación especial de la salud, en términos generales, de los y las jóvenes indígenas. Debido principalmente a cambios acelerados con poco control sobre sus propias vidas y si bien el país no cuenta con datos desagregados, los problemas de salud mental y de comportamiento en general (como el abuso del alcohol), así como la incidencia de cuadros depresivos

24 Sijoven. *La Situación de la Juventud. Tomo II. Análisis, indicadores y propuestas*. Quito: Secretaría Técnica del Frente Social; 2006.

25 De acuerdo a un joven de 21 años de San Ignacio (Cotopaxi): "Es un cambio de la niñez ya pensar en otras cosas, póngase de niño se piensa estar jugando, pasar así, pero jóvenes ya se piensa cómo ayudar a los papases, cómo salir adelante, ver la mejor manera como sustentarnos, asumir una responsabilidad, algo así".

26 Los tiempos cambian. De acuerdo a un entrevistado de 21 años de Guayama San Pedro (Cotopaxi): "Los padres ahora ya mandan a sus hijas al colegio, a la universidad, a la escuela, pero antes, hablaremos década de setenta, ochenta, las mujeres solo servían para casarse, cocinar, pastar los borregos, así no más. Ahora los padres comprenden, mandan a la escuela, a estudiar, algunas mujeres ya son profesoras, trabajan, en caso mayor ya son estudiados aquí, hablemos desde noventa para arriba, ya saben leer y escribir".

* Hombre y mujer.

y de suicidio entre jóvenes, podría tener mayor incidencia en los y las jóvenes de las comunidades indígenas del Ecuador, como así se ha constatado ya en jóvenes indígenas de Australia, Estados Unidos, Canadá, Colombia y Brasil.²⁷

Concepciones de salud

Junto con estas cifras y realidades, habría que ampliar la perspectiva de análisis de las propias concepciones de salud y servicios de atención de la población indígena, íntimamente ligadas a la Pachamama (madre tierra, naturaleza), a la comunidad humana y a la dimensión espiritual.²⁸ Visión interrelacionada, holística, sobre el mundo (hasta hace poco escasamente conocida por la sociedad mayoritaria en Ecuador) que ya es reconocida por las organizaciones internacionales (como la OPS/OMS o el UNFPA).²⁹ Se ha de ver en detalle y de manera comparativa. Desde la perspectiva occidental moderna se ha tendido a ver la salud meramente como "ausencia de enfermedad". En cambio, el concepto de salud en los pueblos indígenas se amplía a partir de tres principios básicos de la cosmovisión indígena: (i) relacionalidad, se ha de ver al ser humano en su totalidad y como nodo de relaciones; (ii) complementariedad, los opuestos son complementarios y forman un todo integral; y (iii) reciprocidad e intercambio, dinámicas que permiten un equilibrio entre el ser humano, la naturaleza y la dimensión espiritual.

El concepto de salud no se limita a la ausencia de dolor o enfermedad, sino a la armonía y al equilibrio interno de la persona (no individuo aislado) en la familia, la comunidad, la naturaleza, el cosmos y el más allá.³⁰ Así, existe la convicción que "el mal llega cuando se rompe la armonía entre los seres humanos y todo lo creado";³¹ frase que puede entenderse como menos ajena cuando uno se da cuenta de las consecuencias actuales de la contaminación, la desertificación del medio y el cambio climático en general.

Respecto a los servicios, los pueblos indígenas suelen apuntar a la necesidad de mejorar la alimentación, la calidad del agua, el medio ambiente en general y de valorar el conocimiento tradicional de los mayores, lo que estaría ligado a sus derechos colectivos y, en especial, al derecho a la libre determinación. En sus palabras: "La naturaleza y la memoria son la botica para las prácticas de salud que, junto a su impronta médica son experiencias de identidad y tradición".³² Además, no solo el conocimiento tradicional médico entendido meramente como prácticas de manipulación y administración de plantas debe ser reconocido y valorado.³³ La fe, religión o espiritualidad indígena

27 Cunningham, M. Health. *Chapter 5 of the State of the World's Indigenous Peoples*. New York: DESA; 2010.

28 Por ejemplo, desde una perspectiva occidental moderna, tomando en consideración la cosmovisión indígena, se puede llegar a entender que la SSR es esencial para romper el vínculo vicioso de crecimiento poblacional y vulnerabilidad ambiental.

29 De hecho, desde hace pocos años, ya se apunta a una "salud integral" desde los discursos institucionales, en el sentido que implique la relación de la persona con su cuerpo, con su familia, con su comunidad, con su trabajo y con la naturaleza (de acuerdo al laicismo e incluso al materialismo imperante, véase que no se hace referencia a la dimensión espiritual). Igualmente, hoy día la salud es vista también como un derecho humano, reconocido en el sistema jurídico. En este nuevo paradigma enmarcado en los derechos humanos, la atención primaria o preventiva es tan importante como la atención secundaria o curativa.

30 Conejo, M. *Jambi Huasi Causai. Historia del Jambi Huasi*. Quito: FIC/Unfpa; 2006. Por ejemplo, respecto a la SSR: "La salud sexual y reproductiva no es algo aislado, está integrado a todo lo que nos rodea. El cuerpo no es solamente cabeza, extremidades y tronco sino que está integrado a la familia, a la comunidad, a la historia, a la cultura y al entorno. Para hablar de cuidado y fertilidad del cuerpo hay que integrarlo al cuidado y a la fertilidad de la tierra" (Delfa Ñamagua, Ecuatorari, citado en VV.AA. 2003: 5).

31 Citado en Arrobo, Almeida, y Ojeda; 2005: 82.

32 Opinión de un *yachak* en el congreso sobre medicina tradicional celebrado en Quito en 2003. *Ibidem*.

33 Como por otra parte y desgraciadamente se ha avanzado a hacer la industria farmacéutica a menudo sin un consentimiento previo, libre e informado y sin compartir beneficios con las comunidades que poseían originalmente ese conocimiento (mandatorio según el artículo 8j) del Convenio de Diversidad

aportan enseñanzas inéditas, invaluable, en ámbitos de capacidad de recuperación (*resilience*) de prácticas sociales dañinas que inciden directamente en la salud, como el alcoholismo o la violencia intrafamiliar.³⁴

En el ámbito de los sistemas de salud pública, en Ecuador hay la experiencia exitosa de los *jambi huasi* o *jambina huasi* (casa de la salud en kichwa). En primer lugar estos se alejan de los sistemas monoculturales e incluso de los multiculturales (reconocimiento de distintos saberes sin diálogo alguno). Se enmarcan, de forma innovadora, en el ámbito internacional, en una tercera perspectiva de "sistema de salud intercultural", más allá incluso que la promoción del uso de plantas medicinales en los centros de salud del Estado. En los *jambi huasi* se provee a la vez de servicios de salud "occidentales" e indígenas, lo que favorece el estado de salud de las comunidades en general, incrementa la autoestima del personal de salud indígena y fortalece sobremanera la identidad indígena, facilitando un verdadero y casi horizontal "diálogo de saberes" (Cunningham 2010: 178).

Biológica).

34 Véase por ejemplo el número especial de 2008 de *Pimatisiwin. A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*. Desgraciadamente, en Ecuador aún no se encuentra bibliografía al respecto.





VII. Análisis del trabajo de campo

Aun con la distancia geográfica que separa a los y las jóvenes que participaron en las técnicas de investigación cualitativa (comunidades de Costa, Amazonía y Sierra), tienen elementos comunes. Desde un enfoque de derechos, convendría apuntar primero la falta de cumplimiento de los derechos constitucionales y de los convenios firmados por Ecuador, en especial, el Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (de 1989, en vigor desde 1991 y ratificado por Ecuador en 1998).³⁵ En este sentido, los y las jóvenes provienen de padres y madres de escasa educación formal y, por lo general, de familias de bajos recursos económicos, lo que conlleva una alta movilidad de los mismos familiares (migración interparroquial e interprovincial, especialmente). Esta migración contribuye a la elevada separación matrimonial, así como probablemente a casos recurrentes de abusos sexuales en la comunidad por ausencia de padres y madres (los niños y las niñas se quedan con algún familiar cercano). Además, las comunidades están alejadas de los centros urbanos con servicios básicos de educación y salud pero, a la vez, sufren procesos acelerados de mestizaje cultural con la confusión añadida si se aúna con la situación personal de los y las jóvenes.³⁶

Pautas culturales

Una primera evidencia en los y las jóvenes indígenas es la percepción que están en un proceso acelerado de fusión de dos mundos, de dos culturas, lo que puede enriquecer si es que fuera una reinterpretación de valores y prácticas o una simple pero rica innovación usual en los y las jóvenes; mas no si se da en un proceso violento (abierto o encubierto) de aculturación, cuando suelen aparecer sentimientos de inferioridad, "autoodio" y procesos de confusión, depresión y de anomia social generalizada. Por ejemplo, en Esmeraldas, las niñas de 10-14 años lucen *jeans*, zapatillas y camisetas deportivas con frases como "Soy buena en la cama" o "¿Te animas conmigo?", con lo que se podría llegar a pensar que las prendas fueron adquiridas sin conocer o reflexionar sobre el significado de estas expresiones.

Estos procesos de aculturación se muestran muy evidentes en el idioma. Todos los padres de los entrevistados hablan una lengua indígena en la comunidad y entre ellos. No obstante, en comunidades de Esmeraldas, por ejemplo, si bien en las casas se continúa utilizando el idioma cha'palaa (comunidad chachi) o el zia pedee (comunidad ëpera), entre los y las jóvenes se utiliza principalmente el castellano, un idioma más reconocido y valorado al nivel nacional, y a través del cual se incrementan las posibilidades de inclusión en la sociedad general, aún más en unos pueblos indígenas (los de la Costa) con un bajo porcentaje demográfico.³⁷

Respecto a roles de género, los varones ayudan en el trabajo del campo (en la chacra), y a las mujeres, como dice una de las entrevistadas cofanes: "Nos toca limpiar la casa, hacer la comida y lavar la ropa". Igualmente, un entrevistado comenta: "Hacen artesanías, cocinan y lavan ropa. Los hombres

35 Ante la falta de cumplimiento del convenio y de los respectivos informes por parte del Estado, Flacso-Sede Ecuador elaboró un informe alternativo de país en 2007.

36 De acuerdo a Paúl Tuquerres, Fundación Patronato Municipal San José: "La permanencia en la ciudad lleva a algunos a cambiar el vestido, usando algunas jóvenes elementos mestizos y elementos indígenas, otras únicamente indígenas, otras únicamente mestizos. Otro de los cambios que la vida en la ciudad produce en los chicos es la búsqueda de una mayor privacidad, de ser admirados por las chicas, así como una búsqueda de nuevas identidades". Entrevista abierta realizada en Quito en enero de 2010.

37 En Cotopaxi y Lago Agrio, aún con los cambios acelerados, parece mantenerse más el idioma. De acuerdo a un joven cofán: "Nosotros mantenemos casi el ciento por ciento del idioma y para intercambiar conocimiento y poder entender cuando salimos de las comunidades expresamos dos idiomas". Con todo y en general, a nivel nacional la tendencia es de abandono paulatino de las lenguas indígenas. Aquí cabe preguntarse el rol de la Dineib y si es que como institución educativa bilingüe e intercultural cuenta con personal calificado (que hable la propia lengua) y con textos traducidos y realmente interculturales.

se van a trabajar a las organizaciones cofanes que están en Lago o a veces también hacen artesanías y van a vender. También se van de pesca y a cosechar". Otro entrevistado: "En mi comunidad generalmente por tradición lo que realizan los hombres son las chacras, hacen agricultura. Siembran yuca, plátano, maíz, para consumo familiar. Para la venta no se ha desarrollado para que puedan comercializar".

La edad de matrimonio es una variable o indicador importante para afinar las conclusiones del estudio. En comparación con hace escasamente 10/15 años, según los entrevistados, en general, los y las jóvenes se casan más tarde, hacia los 19-20 años (cuando antes, sobre todo las mujeres, lo hacían a los 14-16). Las mujeres se casaban especialmente con hombres mayores que se percibían como serios por la familia de ella y aseguraban una manutención en el ámbito familiar. De acuerdo a Ascencio Farinango, dirigente indígena de la Ecuarrunari, de la provincia de Imbabura: "Conozco que en tiempos anteriores había adolescentes embarazadas; esto se daba porque las mujeres se casaban muy jovencitas. Era como una costumbre que las adolescentes estén embarazadas a partir de los 15, 16, 17 años, porque ya tenían su pareja. A los 19 ó 20 años eran consideradas ya mayores para tener hijos, pero eso se daba en otra generación. Hoy las y los jóvenes indígenas tienen otra manera de ver las cosas, primero se preparan, estudian y el matrimonio lo postergan. Así que el embarazo en adolescentes en las indígenas es diferente"³⁸

Ciertamente, hoy hay una tendencia de elevar la edad de matrimonio, como remarca un joven cofán de 25 años: "Porque están dedicados más al estudio entonces pasan ocupados y tienen la visión de que tenemos que estudiar porque actualmente es distinto el mundo del que vivíamos antes". En Cotopaxi, los jóvenes kichwas coinciden en que la edad perfecta para casarse es a los 20 años; en la comunidad de Guayama San Pedro, la mayoría de personas se casan entre los 18 y 20 años: las jóvenes se embarazan y se quedan en casa, mientras que los jóvenes migran en busca de empleo. Si bien el "embarazo en adolescentes" es común en todas las comunidades indígenas analizadas, lo usual es que la madre lo sea dentro del matrimonio, lo que se percibe como una práctica cultural propia.³⁹

Finalmente, el ritual del matrimonio ha perdido elementos tradicionales y se ha vuelto más sencillo: "Normalmente están, se enamoran y, si los padres están de acuerdo, conversan con sus hijos y realizan su ceremonia y le entregan. Hacen una fiesta pequeña entre familiares e invitados, con bastante comida, carne, pesca". De acuerdo a otra joven de la comunidad de Dureno, de 19 años: "Más antes los papás les ayudaban a los hijos a casarse, pero ahora ya no". De acuerdo a una joven de 16 años de Santa Rosa (Esmeraldas) que no puede ser más expresiva: "Cuando los padres no quieren al joven, porque ven ellos cómo actúa ese joven, entonces se aferran sus padres a que sus hijas no se junten con un vago que les vaya a hacer sufrir. Eso es lo que ahorita está pasando, no lo hacemos como nuestros ancestros, sino que lo hacemos como... si usted quiere a esta persona, así sea un vago, lo quiere entonces ajúntense, pero después no van a decir que este marido es malo, después no pueden decir nada a sus padres".

38 Entrevista abierta realizada en Quito, el 7 de enero de 2010.

39 Véase más adelante el apartado especial de "Prevención del VIH y del embarazo no planificado".

Prácticas sexuales

El ámbito de la SSR, como en la mayoría de las culturas tradicionales, ha sido tabú, incluso como un aspecto sagrado del que estaría prohibido hablar. En la comunidad de Dureno: "Cuando yo estaba en la comunidad a mí me daba recelo de hablar sobre relaciones íntimas, de las partes íntimas del ser humano. Entonces es como que por tradición nunca nos han permitido, entonces mis padres me dicen 'qué malcriado, no debes decir eso'".⁴⁰ Este hecho citado en varias ocasiones se ha de contrastar con que, en cambio, sí suele haber comunicación sobre estos temas cuando los hijos ya se han casado; de padre a hijo o de madre a hija.

Las parejas se suelen conocer en la comunidad o en el colegio. Una chica de 17 años de la comunidad Dureno comenta: "Nos mandan mensajes a celular"; otras: "También se ven tardes haciendo los deberes" y "se conocen a las chicas y si les gusta les comienzan a buscar". Es decir, son rituales y prácticas similares a la de los jóvenes mestizos o blancos.⁴¹ De forma añadida, un joven de 25 años de la comunidad Dureno dice: "Se puede ver que cuando hay una fiesta los jóvenes se enloquecen, les llega a su mente. Van y pasan con sus novios, yo sé que hay situaciones de jóvenes que se quedan embarazadas". Un detalle, no obstante, aún característico del noviazgo indígena es que este se produce de forma más secreta que en el mundo blanco-mestizo, probablemente por la tendencia a ver negativamente las prácticas sexuales fuera del matrimonio (en especial en la mujer).

En el grupo focal de Esmeraldas (Costa) de chicos de 16-20 años, se apuntó en primer lugar a escoger pareja dentro de la comunidad. Hay un tiempo para el "vacile" y luego llegan al enamoramiento donde empiezan las caricias y se llega por lo general a las relaciones más íntimas. Hay chicas "suaves" que no se demoran en aceptarles, y otras "duras" porque hay que luchar un tiempo para que los acepten. Aseguran que se precisa "tener lengua" (hablar mucho) para conquistar a las chicas, luego se pueden hacer novias o se las tiene como amigas "de disfrute". Dos jóvenes tienen pareja y decían estar "unidos". Algunos ya son padres. Mencionan que empezaron a experimentar relaciones sexuales a partir de los 10 años, siempre consideradas como un juego y, luego, a partir de los 15 años, como una "verdadera" relación sexual. Es decir, la relación sexual aparece como verdadera cuando se asocia a la pareja formal.

El grupo focal de chicas de 15-19 años de Esmeraldas corroboró la edad en que se empiezan a tener relaciones y lugares de iniciación: "Las mujeres empiezan a los 11 ó 12 años pero lo hacen por la curiosidad y con chicos de 15 a 18 años" (chica ëpera); "Los hombres creo que van a las prostitutas, creo que van a los chongos" (chica chachi). Respecto a "cuidarse": "Los jovencitos no creo se cuidan porque creen que no les va a pasar nada" (chica ëpera). Parece ser que "a los hombres no les gusta usar el condón" y "en la comunidad no hay dónde comprar" y "no saben cómo usarlo".

En Sucumbíos (Amazonía) los chicos indígenas de 10-14 años consideran que entre los 16 y 18 años es la edad óptima para tener una novia, y el matrimonio se realiza cuando las parejas han terminado

40 Ibidem. En el grupo focal de Esmeraldas de chicos de 16-20 años: "Antes no había mucho diálogo de esto, ahorita hay pocas personas que tienen comunicación con sus hijos. Hemos conversado con nuestros padres pero no de estos temas. Necesitamos mayor diálogo de esto".

41 Por otra parte comprensible si el contexto del joven o la joven indígena es crecientemente urbano; es decir, cada vez más igual al del mestizo y blanco. ¿Cómo le podrán tirar piedrecitas a la escogida, si esta ya no ha sacado a los borregos por el "chaquiñán"? ¿Cómo le robarán prendas y esperarán a que la muchacha venga a casa a por ellas si ya no es tan fácil identificar la casa de cada uno, como sí lo es en la comunidad? Los contextos cambian, por lo que las costumbres también.

el colegio. A pesar de ello, sus referencias son de parejas que viven juntas desde los 15 años. Los jóvenes de 15-20 años, por su parte, dicen que buscan pareja y deciden ir a vivir juntos a los 15 años y que la práctica de la convivencia a esta edad no les resulta extraña porque en sus comunidades las parejas se casan muy jóvenes.

También se constata una alta movilidad de parejas: "Sí hay algunos que tienen bastantes novias, también las mujeres están con dos chicos a veces. No sé con cuántas pero sí tienen dos o más novias, hasta cinco". Información que debe tomarse con precaución sobre todo en el caso de las mujeres, por lo menos en cuanto a asociar pareja automáticamente con relación sexual. Respecto a la pregunta si tienen varios novios, una chica de 16 años de Santa Rosa (Esmeraldas): "Sí, es como tener novios solamente estar vacilando. Pero no deben tener relaciones. Eso depende de lo que piense ella como mujer y como hombre. Los hombres son tentadores, ellos quieren que... pero debe decir si usted me quiere tiene que respetarme. Si vamos a tener algo, después de casados o juntados podemos tener algo".⁴²

Volviendo a la última franja de edad (15-20) del grupo focal de muchachos de Sucumbíos, la mayoría reconocen que la primera vez que tuvieron relaciones sexuales no usaron preservativos, menos cuando se usa medicina natural o métodos tradicionales como el calendario. El uso del preservativo también está condicionado a la calificación de las muchachas con las que tienen relaciones sexuales: "Depende de cómo es la chica (...) si es que no es de la calle no hace falta usar". Una chica se cataloga como "de la calle" cuando suele salir a menudo de paseo, a fiestas y tiene muchos amigos hombres. En cambio, una "chica de la casa" es aquella a quien sus padres le prohíben frecuentar a otras personas y casi no tiene contacto fuera de su casa. "Una chica que no tiene prestigio, en la calle, se comporta como un hombre, es decir que sale mucho a bailar y a estar en fiestas y conciertos".⁴³ En definitiva se dan percepciones de riesgo sesgadas, lo que incrementa la vulnerabilidad de los y las jóvenes.

Finalmente, en referencia a personas que tienen sexo con el mismo sexo (homosexualidad o bisexualidad), siempre aparecen como un rumor y asociadas al castigo intracomunitario: "La comunidad si supiera que se gustan las castigarían. Porque según la ley es que un hombre debe estar con una mujer y no un hombre con otro hombre y una mujer con otra mujer". Si bien este comentario es del grupo de chicas de 15-19 años de Esmeraldas, se puede extender a las comunidades indígenas de las otras provincias del estudio. La homosexualidad, "maricones" o "tortillas" ("tortilleras", mujeres que van con mujeres), siempre es vista como un estigma y con rechazo, lo que igualmente incrementaría la vulnerabilidad de estas personas.

Prevención de VIH y de embarazo no planificado

Los jóvenes de 16-20 años del grupo de Esmeraldas conocen de forma general el sida y cómo prevenirlo con el uso del preservativo. Sin embargo, existen varios mitos respecto a su uso: "La potencia baja cuando se 'bota' en esa bolsita"; "Cuando se utiliza mucho condón uno se hace gay"... Además, "cada uno tiene un pensamiento y busca a mujeres que sean de la casa", y "la mayoría no usa porque

42 Un joven de 21 años de Guayama San Pedro (Cotopaxi): "Los hombres tienen más parejas, las mujeres solo algunos nomás, andan con dos".

43 Otro comentario similar: "Las chicas de la calle son más sabidas y no creo que se cuidan, entonces para estar con una de ellas y pasar solamente un momento hay que andar preparado y llevar preservativo".

con condón en la relación no hay sabor". De acuerdo a un chico de 16 años de Santa Rosa (Esmeraldas): "A las chicas no les gusta eso. Dicen que antiguamente los hombres no utilizaban eso y vivían sanos, fuertes, y ahora que utilizan los hombres se enferman, se debilitan, ya no es igual, no tiene energías como antes, hay varias enfermedades porque eso (el condón) viene lleno de químicos. Es bueno sí, pero a algunas no les gusta".⁴⁴

De acuerdo a la cita anterior, es usual un tipo de explicaciones que tendería a justificar los comportamientos de riesgo y culpabilizar a la mujer, como el siguiente entrevistado, ñpera de 14 años de edad: "No se puede tener varias novias o si no, a veces, cuando sale preñada te hacen casar. Entonces hay que tener una sola novia. ¿Por qué crees que salen preñadas? Porque están con los hombres, ellas no se cuidan". Después: "El sida da porque a veces las mujeres se acuestan con tantos hombres". La responsabilidad parecería recaer sobre ellas. Y luego, en la misma entrevista y a la pregunta sobre quién debe decidir usar preservativo, viene la contradicción: "Yo creo que el hombre debe decidir". Respecto a percepciones sesgadas que acentúan la vulnerabilidad: "Yo no usaría condón, porque como no salgo de la comunidad, no necesito usar". A la pregunta de si sus familiares o amigos tienen riesgo de contraer VIH: "No, ellos están dentro de la comunidad".⁴⁵

Las y los jóvenes de 10-14 años del grupo focal de Sucumbíos apuntan, en general, que en la escuela les dan charlas sobre relaciones sexuales y las consecuencias de la falta de medidas de prevención. Los profesores les han explicado que deben tener "cuidado de no contagiarse con algunas enfermedades" y que la manera de que esto no ocurra es usando preservativos. Algunas veces también los padres y madres (poco usual) hablan con sus hijos de las relaciones sexuales y las consecuencias de no tomar precauciones, principalmente por las enfermedades que se transmiten.⁴⁶ Sin embargo, las ideas que tienen los y las jóvenes de este grupo sobre las formas de transmisión del sida son vagas, incluso hay algunos que consideran que se transmite por un beso en la mejilla. No conocen qué son las ITS ni la TB.

Los mayores (15-20 años) conocen bastante sobre el sida, pero no tanto sobre las ITS en general. Los chicos conocen métodos anticonceptivos; entre estos, les resulta más cómodo y conveniente utilizar medicinas naturales para no tener hijos. Uno de los participantes aseguró que su novia quería quedar embarazada a los 15 años para poder casarse, pero él (cosa que parece excepcional) siempre tomó precauciones para que esto no pasara ("las jóvenes quieren casar o ir a vivir con sus parejas para salir de casa de sus padres"). Algunos chicos y chicas saben dónde pueden adquirir preservativos, a pesar de que reconocen tener vergüenza de ir a comprarlos en las farmacias, donde se exponen a la crítica de las personas: "Me daba vergüenza de comprar porque la gente se da cuenta de lo que voy a hacer, porque dicen que tener sexo es malo".⁴⁷ Relatan que algunos de sus amigos no

44 En Guayama San Pedro (Cotopaxi), de acuerdo a María Juliana Vega, directora de la escuela: "Los jóvenes de Guayama no utilizan preservativos debido a que este método es criticado por los indígenas por la manera en que lo conciben, como un objeto sobre el que se hacen chistes, así como que un hombre que utiliza condón no es hombre, elementos por los que no encuentran sentido utilizarlo".

45 Para visiones similares relacionadas, véase el último párrafo del apartado "Migración".

46 No hay que dejar de apuntar que los participantes de los grupos focales de Sucumbíos fueron jóvenes hijos e hijas de asociadas a la Amnkise, organización que ha trabajado ampliamente en SSR y es un ejemplo para otras organizaciones y provincias del país. Este comentario no aplica a las entrevistas en profundidad realizadas a los cofanes en la comunidad Dureno.

47 Una chica cofán de 19 años de la comunidad Dureno: "Aquí en la comunidad no venden, solo los que van a Lago pueden comprar. Hay una chica que a veces le pedimos porque ella trabaja en un farmacia creo. Pero aquí no hay eso. ¿Cómo vamos a comprar aquí mismo? Eso no hay aquí pues. Las mujeres, ellas no les gusta comprar porque la gente les ve mal dicen y peor si se entera alguien de la comunidad que está comprando eso, les hablan mal. Los jóvenes tienen vergüenza de comprar, no compran".

usan preservativos porque les disgusta y han tenido relaciones sin cuidarse. Los chicos reconocen que "hay personas que les gusta tener relaciones sin preservativo, a pesar de que siempre están con prostitutas y después están con sus novias."⁴⁸

Siguiendo con Sucumbíos: "Cuando las chicas se embarazan a algunas les sacan del colegio, para que ella se haga responsable de trabajar para mantener el niño, los padres les sacan del colegio."⁴⁹ Además, hay represalias en el ámbito familiar; de acuerdo a una muchacha de 19 años (madre a los 14) de Santa Rosa (Esmeraldas): "Estaba sola cuando me hice la prueba, estaba en Borbón. Me puse a llorar y me quedé sentada mucho tiempo. No sabía si contar a alguien o quedarme callada. A los dos días le conté a mi hermana, ella se enojó conmigo y me dijo que por qué no le había preguntado a ella para cuidarme y no quedarme embarazada, y que tenía que avisarle a mi mamá y a mi papá. Si les avisé, mi mamá me pegó dos azotes con el látigo y se puso a llorar, mi papá me preguntó si el joven sabía. Yo le dije que no, entonces me dijo que vaya a decirle que estaba embarazada a ver qué hacía. Fui a la casa de él a decirle y no dijo nada, se quedó callado".

Las participantes mayores de los grupos focales de Sucumbíos hacen una conexión directa entre tener sexo y quedar embarazada, como si lo uno siempre resultara en lo otro. Les parece inconcebible que una mujer que no esté casada utilice métodos anticonceptivos. La mujer casada, en cambio, con hijos y mayor estatus social, parecería que ya tiene más espacio para decidir si quiere o no más descendencia.⁵⁰ Los padres no han abordado estos temas con sus hijas y si lo hacen es solamente para prohibir ciertas conductas. Además, se cita la influencia creciente de los medios de comunicación: "Las chicas se embarazan cuando hay curiosidad, ya las cosas se ven en la televisión que es mala información, y la tele influencia mucho y se ve en las novelas que tienen relaciones y entra la curiosidad de tener relaciones sexuales, pero la tele no te dice cómo debes cuidarte para no quedar embarazada".

Siguiendo con el embarazo supuestamente "no deseado" o "no planificado", en las jóvenes de 11-15 años de Guayama San Pedro (Cotopaxi), se apunta que "cuando una joven está embarazada sin estar casada, en la casa la 'fuetean'; es decir, que además de hablarle también la golpean". En el grupo focal de 16-21 años de la misma comunidad se apunta que algunas parejas se casan antes del embarazo, otras después, mientras que algunas mujeres no se casan nunca, debido a que se han embarazado sin casarse y el padre niega el bebé: se queda sola con la carga del recién nacido; a veces lo abandonan, lo dejan con la familia y se van a trabajar al exterior.⁵¹ Se remarca que hay algunos casos en que la familia de la joven presiona al futuro padre para que se case.⁵² Sin embargo, cuando el joven ya está casado y con hijos, no hay posibilidad de arreglo: "Esto es seguro que ella se queda de madre soltera".⁵³

48 Sin embargo, ellos siempre que van a los prostibulos piden preservativos. Si bien, "en los prostibulos es obligatorio usar preservativo, pero algunas chicas sí dejan tener relaciones sin preservativo".

49 Grupo focal de jóvenes de 15-20 años de Sucumbíos.

50 No obstante las dificultades comunes que se dan cuando el marido interpreta el uso del preservativo como una falta de confianza hacia él y también de control sobre la sexualidad de ella con la posibilidad de que, mientras él está fuera, la mujer pueda tener amantes.

51 De acuerdo a la entrevista en profundidad a un joven de 21 años de la comunidad: "Hay algunos hombres inconscientes o también conscientes que yo estuve con esa mujer y después salimos negando o niegan cuando aparece el hijo. Esa mujer queda con los hijos, ya no se puede casar, ya se queda rechazada, ya no se casa, como ya le conocemos, ella ya se queda así".

52 Entre los épera (Esmeraldas) es común que las niñas o adolescentes embarazadas sean obligadas a contraer matrimonio con el padre del niño, siempre que no sea mestizo. En este caso, si deciden unirse de mutuo acuerdo, la joven debe salir de la comunidad. Práctica, esta, que podría tener relación con la necesidad de supervivencia de una cultura de número muy reducido.

53 Ibidem.

La posibilidad de acabar como "madre soltera" y ser estigmatizada como tal tendría relación directa con la interrupción del embarazo (con ciertas plantas y "pepa" de aguacate). De acuerdo a una entrevistada de 18 años de San Ignacio (Cotopaxi): "He escuchado que cuando se queda embarazada han dicho que ahí mejor abortar, así, no tener, botar, hacer arrojar, así". En el grupo de chicos de 15-20 de Sucumbíos, conocen muchos casos en que los familiares ayudan a las muchachas a provocarse abortos con medicina natural, especialmente cuando el padre del niño no asume su responsabilidad.⁵⁴ No obstante, la adolescente embarazada sabe que lo está de forma tardía o lo oculta por miedo a las represalias familiares y al "qué dirán", lo que dificulta cualquier método abortivo.

Finalmente, cabe señalar las conclusiones de otro taller sobre SSR y VIF en este caso realizado en Lago Agrio en octubre de 2004.⁵⁵ Los jóvenes apuntaban que no hacían planificación familiar ya sea porque los amigos les colocan sobrenombres de 'mandarinas' (mandados de la mujer), como porque "mientras vivamos debemos tener todos los hijos, porque si no viene "Don Segundo" y hace el resto".⁵⁶ Igualmente, entonces se aducía que "se deben tener por lo menos 10 hijos, si no Dios se enoja y no se libra de los pecados", lo que tendría relación con otras investigaciones (Lafaurie y Betancourt 2009) en el sentido opuesto: a las mujeres que no tienen hijos las llaman *machorras, pishcudas* (que tiene *pishcu*, pene) o *karishinas* (en kichwa, que parece un varón). En este sentido, hay una visión usualmente compartida en la comunidad de que "el hijo es la fortuna, el tesoro de la vida" (mujer entrevistada en el video adjunto a la obra arriba citada). De acuerdo a otras investigaciones y de forma general en América Latina, la mujer indígena "asume la maternidad como un componente central de su existencia que representa para ella prestigio y reconocimiento social" (Gálvez en obra citada), siempre y cuando se dé en el matrimonio.

Interpretando la cita se podría decir que quedar embarazada estando casada, aun siendo adolescente (muy joven), entra dentro de lo percibido como normal e incluso de la "bendición" del hijo y, por ende, del reconocimiento social con un mayor estatus para la mujer. En cambio, como se ha podido comprobar, si una joven queda embarazada y no puede casarse, entra en el estatus de madre soltera, asociado al estigma y la discriminación dentro de la comunidad. Aquí cabría una última reflexión sobre el concepto de "embarazo no deseado" o "embarazo no planificado". Es cierto que se comprueban varios casos de violación y de chicas muy jóvenes que se embarazaron por desconocimiento o vergüenza o supeditación al hombre en la relación, y que cuando aparece el hijo se arrepienten y viven una vida frustrada ante las expectativas perdidas (de libertad, de estudio, laborales); no obstante, en bastantes casos de "madresolterismo", el embarazo sí era deseado o "planificado" en el sentido de que la relación sexual estaba unida a una promesa de matrimonio; planificado pero no suficientemente asegurado con un matrimonio que legitime dicho embarazo en la comunidad.

Finalmente, en las comunidades se tiene la "percepción" de que las madres solteras han aumentado, si bien queda la duda ante la imposibilidad de un análisis diacrónico de largo aliento. A mediano plazo es probable que en este supuesto aumento influyan procesos acelerados de cambio cultural y

54 Con todo, consideran al aborto como un hecho censurable, especialmente porque conocen instituciones que ayudan a madres solteras en la comida de los niños (sic). ¿Falso moralismo, influencia de la Iglesia?...

55 Utopía. Memoria del taller diagnóstico CAP en SSR y VIF (Lago Agrio, Sucumbíos). Quito: FCI/Unfpa; 2004.

56 Similar a la actitud de los jóvenes chachis de Esmeraldas.

reajuste de los valores, prácticas e instituciones del pasado.⁵⁷ También se da el caso excepcional de comunidades pequeñas como la chachi en que tener hijos en general se ve positivo para la sobrevivencia de ellos como pueblo. A corto plazo, sin embargo, puede haber una desaceleración general de este supuesto incremento a partir de la imposición, por parte del Estado, de la pensión obligatoria a los hijos de madres solteras (incluso vía judicial), lo que podría estar empezando a cambiar actitudes en los varones en cuanto a cuidarse más de los embarazos fuera del matrimonio.⁵⁸

Consumo de drogas y alcohol

El consumo de alcohol en las comunidades ha sido una práctica usual en los últimos años, asociada a un "rito de pasaje" hacia el ser adulto (masculino), pero en muchos casos también a la violencia comunitaria e intrafamiliar (en este caso ver apartado más abajo). Un chico cofán (Dureno): "Algunos jóvenes empiezan a tomar cuando salen a vivir en Lago Agrio"; una chica: "Cervezas toman"; otro joven en referencia a la comunidad: "Aquí venden cerveza. Desde los 12 años creo que ya toman, pero no les permiten. Solamente toman cuando hay fiesta pero solamente toman cerveza. Los mayores toman puro comprando en otros lados". En el grupo focal de Esmeraldas las chicas de 15-19 años apuntan: "Sí, los jóvenes ya toman desde los 13 años, ellos creen que tomando se hacen hombres".⁵⁹ De acuerdo a una chica chachi: "Yo creo que las mujeres no tienen los mismos derechos, veo que son maltratadas por los hombres cuando están borrachos y no se dice nada en la comunidad".

Desde Guayama San Pedro (Cotopaxi), María Juliana Vega, directora de la escuela, apunta: "Cualquier fiesta constituye el contexto propicio y específico para el consumo de alcohol, consumo que inicia alrededor de los 16 años, edad en la que algunos jóvenes empiezan también a fumar cigarrillos". La bebida alcohólica tomada junto con los amigos es la puerta al mundo de los adultos y, de hecho, como rito de pasaje forma o ha formado parte de la cultura de muchos pueblos indígenas: el muchacho es invitado a beber cuando se cree que ya está preparado para el tránsito hacia la adultez, como corolario de toda una serie de actitudes y obras previas. De acuerdo a Tenorio (2000: 56): "El grupo de los mayores, mediante ese trago, sella la ruptura del guambra con una niñez prolongada". También se da el caso de la primera toma cuando la primera cita con una muchacha, para así vencer temores y resistencias. En las mujeres el uso del alcohol como rito de pasaje en algunas comunidades indígenas es igual al de los hombres, con la diferencia de que luego su uso estará asociado solo al noviazgo, en las fiestas, junto con el hombre y en el marco del matrimonio, si es que se da.⁶⁰

Migración

Los altos índices de migración del campo a la ciudad son un hecho y, por consiguiente, también los son en las comunidades indígenas en general, afectando a la cohesión social de estas y al "equilibrio

57 En el nuevo contexto, más móvil, crecientemente dual (tradicional/moderno, comunidad/Estado) y, por lo tanto, ambivalente, las familias o las instituciones jurídicas propias de la comunidad tienden a perder legitimidad y poder de administración de los asuntos que les competían casi en exclusiva. Así, el joven que "ha dejado embarazada" a la joven, no siente las mismas presiones para culminar su relación en matrimonio, además de tener mayores facilidades de movilidad y de "capital social" para huir a la ciudad y mirar de mejorar sus ingresos en las redes de migrantes ya establecidas. Además, los jóvenes en general parecen tener más expectativas que antes (sociales, académicas, laborales). Véase al respecto la línea de base (apartado Cotopaxi).

58 "Actualmente, bastantes mujeres han llegado a los organismos estatales pertinentes en Latacunga, a exigir el apellido del padre, así como la pensión alimenticia. Esta práctica común de empoderamiento de las jóvenes indígenas podría explicarse por el auge que tienen por el momento los grupos de mujeres en las comunidades". Entrevista a Segundo Pilatasig, Dirección de Salud Provincial, Guayama San Pedro, Cotopaxi, 3 de marzo de 2010.

59 Otra joven de la comunidad Dureno (Sucumbios): "Sí toman los jóvenes cuando hay fiestas, drogas también sí creo que hay. Las mujeres también toman, algunas cuando están en las fiestas".

60 En el grupo focal de mujeres de 15-19 en Borbón (Esmeraldas): "Las mujeres no se embriagan. Las mujeres no se emborrachan para cuidar a los hombres". De acuerdo a Segundo Pilatasig, de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi: "Esta práctica es masculinizada en las comunidades, razón por la que las mujeres beben alcohol en proporciones menores y únicamente en fiestas".

de género" (de acuerdo a sus palabras) y funciones.⁶¹ En las comunidades indígenas, especialmente en la Sierra, los jóvenes y hombres en general han sido quienes más han migrado, tanto hacia las ciudades mayores, como Quito y Guayaquil, como al exterior (España y Estados Unidos), en trabajos estacionales o en períodos anuales más largos. En todos estos casos, la mujer se ha quedado en las comunidades cuidando a los hijos, junto con los ancianos, con lo que muchas comunidades han quedado desiertas de hombres jóvenes y en edad de trabajar. Ha sido así como las mujeres han debido asumir a la vez el rol tradicional de la mujer y del hombre de trabajo en el campo y de sustento general del hogar. Por igual, esta "nueva organización social" de las comunidades ha incidido en el cambio paulatino pero acelerado en los últimos años de patrones culturales más amplios, como el grado de incidencia del derecho indígena dentro de las comunidades.

Los y las jóvenes suelen estar sujetos a migración temporal especialmente por razón de estudio.⁶² En el cantón Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas (Costa), muchos de los niños de 10-15 años mencionaron la separación de sus padres y que no conocían las actividades a las que se dedicaban su padre o madre según el caso. Por lo general, los niños estudian en Borbón, viven solos o en compañía de sus primos. Sus padres les proveen de productos de las fincas como yuca y plátano verde, y les envían dinero para su subsistencia (según ellos hasta 40 dólares por mes).

Las chicas de 15-19 años del grupo focal de Esmeraldas apuntaron: "Me parece que los hombres que salen de la comunidad tienen más relaciones sexuales con otras personas, porque las mujeres permanecen en las casas como empleadas y no les dejan salir". En este grupo focal se evidenció "un caso de un primo que estuvo infectado con sida, llegó de la ciudad enfermo, no sabíamos que tenía sida; cuando murió recién supimos. Él tenía esposa y una hija que nació sana. La esposa ya tiene otra pareja, ella no está contagiada". De acuerdo a una auxiliar de enfermería del *jambina huasi* de Plancha Loma (Cotopaxi): "Atendimos a un joven indígena con sífilis, enfermedad transmitida cuando migró a la ciudad. Probablemente por esta migración, en las comunidades existen algunas mujeres con infecciones medio graves, que son transmitidas por vía sexual". Esta migración puede ir asociada al uso del servicio de las trabajadoras sexuales. De acuerdo a un chamán de la provincia de Esmeraldas: "A los jóvenes les gusta bastante los chongos, ellos me cuentan, por eso les aconsejo y les digo: ¡Ojo!, tengan cuidado con quien se acuestan. En esta zona de Borbón ellos mismos dicen que les gusta irse donde las prostitutas".

En el campo de Cotopaxi migrar a las ciudades de Quito y Latacunga es común entre los hombres jóvenes y mayores para trabajar como "cargadores" sobre todo. Algunas pocas jóvenes de hasta 20 años de edad también migran a las ciudades para trabajar como empleadas domésticas. No existe un único tipo de migración temporal: en ocasiones migran por un mes, otras por un año, pero en cualquier circunstancia regresan siempre a la comunidad. Según se dice, la migración es un elemento que provoca, en gran medida, que un hombre consiga otra mujer.⁶³ Estas dinámicas sociales y de salud-enfermedad hacen tomar conciencia paulatinamente a la dirigencia (no todavía a las comunidades) del VIH y sida como una amenaza real, no solo del mundo blanco-mestizo. Es un proceso que, en principio, ha de llevar a que todos los miembros de la comunidad dejen de considerar

61 Conforme con la investigadora en SSR Zaida Betancourt: "El VIH es una enfermedad que está relacionada con la migración, y como si hay migración indígena siempre es probable que puedan contraer y no lo sepan". Entrevista abierta realizada en Quito el 28 de enero de 2010.

62 Un joven entrevistado de la comunidad Dureno: "Los jóvenes tienen que salir al colegio a las parroquias, porque en las comunidades no hay colegios".

63 Grupo focal de jóvenes de 11-16 años de Guayama San Pedro (Cotopaxi).

a esta como una fortaleza inexpugnable a los "males de afuera". De acuerdo a Segundo Pilatasig, de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi: "El movimiento indígena de Cotopaxi está socializando también sobre esta problemática, indicando que no es una enfermedad exclusiva de la etnia mestiza, sino que también hay indígenas infectados".⁶⁴

Acceso a los servicios

En todas las comunidades visitadas parecen usar un doble sistema de salud, el *yachak*, chamán, *cuy-picha*, sobador o la partera y, de forma excepcional, el sistema de salud pública: "Cuando nos enfermamos mi abuelito nos cura con ayahuasca,⁶⁵ eso es para toda enfermedad. Se toma eso preparado y se cura de todo. Cuando no hay como curar ahí le mandan fletando un carro para que se vayan a Lago. Aquí a veces vienen una vez al año los doctores misioneros". Otro joven de la comunidad Dureno, de 23 años: "Si son enfermedades como gripe, le curan aquí mismo con medicina natural y, si eso no hace efecto, ahí sí saben llevar". Se apunta también a la confianza: "La partera es gente de más confianza, pero en el centro de salud, si no hacía el chequeo, no podía retirar las vitaminas ni los alimentos (...). Yo creo que los médicos del centro de salud sí son buenos, nos han curado de algunas cosas. Aquí el chamán sí cura también, pero cuando es grave él mismo nos manda al centro de salud" (chica de 19 años de Santa Rosa, Esmeraldas).

En Sucumbios ninguna de las comunidades donde viven los y las jóvenes que participaron en los grupos focales cuenta con una unidad de salud pública, tampoco el servicio de un médico que les asista. En caso de que la enfermedad sea de gravedad, tienen que viajar hasta una de las cabeceras parroquiales o hasta Lago Agrio, pues en los pocos subcentros de salud comunitarios no hay medicinas (además, en cualquier caso, hay la percepción de que no hay gratuidad de medicamentos). Sin embargo, los y las jóvenes también apuntaron que una vez al año las brigadas de salud recorren las comunidades y hacen revisión médica a la gente e incluso entregan algunos medicamentos. De todos los participantes solamente uno ha acudido a un centro médico para informarse de temas de sexualidad, como anticoncepción o prevención de ITS. Curiosamente, los médicos le ofrecieron una plantilla de papel para que su novia mantenga el método natural de anticoncepción, pero no le entregaron preservativos.

En Esmeraldas la distancia al centro de salud más cercano, de acuerdo a los entrevistados, depende de la comunidad a la cual pertenecen, pudiéndose tardar varias horas hasta el más cercano. En Guayama San Pedro, donde se realizaron los grupos focales de Cotopaxi, "uno de los obstáculos es el hecho de que la comunidad no cuenta con transporte, razón por la cual la gente, en casos de alguna emergencia de salud, se ve obligada a 'fletear' algún vehículo particular".⁶⁶ Como ejemplo de la poca sostenibilidad de los proyectos sociales no apoyados por el Estado como garante de derechos, se debe apuntar que en la comunidad de Guayama San Pedro hubo un subcentro de salud construido por cierta ONG internacional (parece ser en convenio con el Ministerio de Salud Pública en el sentido

64 De acuerdo a María Juliana Vega, directora de la escuela de Guayama San Pedro: "Los jóvenes perciben el VIH y sida como un 'chiste' porque no han visto casos, de ahí que lo ven como una problemática muy lejana de su propia realidad".

65 La ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) es una planta que los pueblos indígenas de la cuenca amazónica cultivan desde tiempos inmemoriales para uso medicinal y ceremonial, y que ocupa un lugar central en la cultura de muchos de estos pueblos. En su cosmovisión se la identifica como una planta sagrada, fuente de alucinaciones que "muestran el pasado y el futuro", y que da el don del conocimiento de la naturaleza, brindando cura para muchas enfermedades.

66 Entrevista abierta a María Juliana Vega... Además, en el grupo focal de jóvenes de 16-21 años de la misma comunidad se apunta respecto a los centros de salud de Zumbahua y Chugchilán (Cotopaxi): "Es raro el lugar, puesto que son unos cuartos pequeños y los doctores atienden medio enojados".

de que este asumiera una promotora de salud en aquel). La promotora de salud, luego de un año de trabajar sin remuneración alguna, abandonó el subcentro de salud, que acabó por cerrarse.

Finalmente, hay que señalar que el costo,⁶⁷ la distancia de los servicios y la discriminación son las principales barreras que se apuntan, seguidas del idioma o "barrera idiomática" (de acuerdo a un entrevistado: "No es mucho obstáculo porque la mayoría de las personas son bilingües") y apenas de "el respecto a las creencias propias" ("eso no es problema porque la gente sí va donde el chamán"). Las mujeres suelen citar también la "vergüenza" o miedo al "qué dirán": "Definitivamente es peor que la gente vea que voy a comprar un condón a que te quedes embarazada, yo definitivamente no voy a comprar condón porque la gente va a pensar que yo tengo relaciones sexuales y eso está mal".⁶⁸ Una joven de 19 años de Dureno (Sucumbios): "Las mujeres no van a comprar, cómo van a hacer eso si la gente les ve mal y les hablan, dicen que son chicas malas, las mujeres no pueden comprar". Esta vergüenza y este miedo tienen su raíz profunda en los valores de la comunidad: el sexo que no se da dentro del matrimonio es mal visto, pues solo se asocia en positivo aquel que se da dentro del marco de esta institución y en parte con el hecho de tener descendencia. No obstante, esta vergüenza o miedo al qué dirán se atenúa dentro del matrimonio y cuando ya se tienen hijos: entonces las mujeres sí pueden ir acompañadas del marido a un centro de planificación familiar.

Estigma, discriminación y violencia

El estigma y la discriminación con sus formas de violencia son comunes, primero desde la sociedad general hacia estos pueblos, y segundo al interior mismo de los pueblos o comunidades y de las familias. Esta discriminación empieza ya en la escuela: "A los niños que llegan de comunidades de lejos les dicen cochinos y les insultan porque vienen de lejos y con la ropa sucia".⁶⁹ Discriminación que continúa en la edad adulta. Cabe resaltar igualmente que esta discriminación se concretiza en el individuo, pero tiene su raíz profunda en una discriminación étnica-histórica hacia un colectivo como totalidad.

El respeto y la responsabilidad de cada persona son palabras muy presentes en los discursos de los pueblos indígenas y como ejes axiológicos principales: respeto al marido, a la esposa, a los hijos, a la *Pachamama*... pero estos valores importantes, que no hay que pasar por alto, se ven fuertemente confrontados en la práctica cotidiana. La violencia intrafamiliar (VIF) es una práctica desgraciadamente extendida en las comunidades indígenas, así como en el país en general. Los datos apenas varían: un 38% de mujeres indígenas sufren violencia física frente de un 31% como media nacional; un 45% se ven afectadas de violencia psicológica frente del 41%, y un 12% en ambos casos en cuanto a violencia sexual (FCI, 2009: 30).

La VIF es una manifestación extrema de discriminación y de relaciones desiguales de poder dentro de la familia. A las mujeres, de forma añadida, la violencia las puede afectar directamente en todas las etapas de su vida y en todos los lugares: en la calle, en el trabajo, en la escuela, en la comunidad y en la intimidad del hogar. Las implicaciones de la violencia doméstica física y psicológica hacia

67 "Los servicios de salud ya son excluyentes con los indígenas a quienes se les discrimina, se les trata como inferiores, sumado a esto que la salud no es gratuita del todo, puesto que se necesita dinero para adquirir medicinas, para realizarse exámenes". Entrevista abierta a Paúl Tuquerres...

68 Cita del grupo focal de chicas de 15-20 años de Sucumbios.

69 Cita del grupo focal de chicos de 10-14 años de Sucumbios. Una chica de 19 años de Santa Rosa (Esmeraldas): "Antes en la escuela, como los profesores eran mestizos nos trataban mal. Porque salíamos a la escuela a Borbón, no había escuela en la comunidad y teníamos clases con mestizos también. Siempre que había que limpiar las aulas nos decían a las indígenas que nos quedemos barriendo, limpiando y a las mestizas nunca les hacían".

la mujer son varias: inflamación pélvica, embarazos no deseados, abortos, VIH y sida;⁷⁰ depresión, ansiedad, baja autoestima, "autoodio"... La violencia, además, puede ser directa o indirecta, como sobrecargar de trabajo a la mujer, lo que impide el disfrute de la vida social, el asociarse con otras mujeres y aprender nuevas cosas, y el ejercer cualquier tipo de liderazgo comunitario.

El grupo focal de 16-21 años de Guayama San Pedro (Cotopaxi) apunta que la violencia física ejercida por un hombre a su esposa sí es común. Por otra parte, de acuerdo a un joven de 23 años de la comunidad de Dureno (Sucumbíos): "Aquí sí les pegan los papás a los hijos, también el marido le pega a la mujer. Eso es más grave cuando los papás llegan borrachos y pegan a la mujer y a los hijos". Sobre casos más graves de violación, en la misma comunidad: "Sí hubo una vez un caso en que violaron a una chica pero no pasó nada porque la chica había estado borracha (sic), entonces no se le castigó a nadie. La violaron entre cuatro personas. La chica tenía 20 años, sigue viviendo aquí con los tíos porque ella es huérfana (...). También hubo un caso de una violación a una niña de seis meses que la violó un primo, a él sí le mandaron a la cárcel porque la niña murió de la violación". Además, se pueden llegar a dar situaciones ambivalentes y de distinto significado entre la comunidad y el mundo exterior: "Solo de un señor mayor de edad con una chica de 13-14 años ha habido; afuera dicen violación pero no saben que estaban de acuerdo".⁷¹

En los grupos focales de Sucumbíos, todos los muchachos han escuchado hablar alguna vez de abusos a chicas de su comunidad ("la violación sí ha sucedido en la comunidad, a una niña de 12 años cuando estaba durmiendo han abusado").⁷² No obstante, suele haber un velo de secretismo, de culpa hacia la víctima y de impunidad. En el mismo grupo de edad: "Cuando sucede una violación en las comunas, nadie dice quién es el violador y los papás le maltratan a la víctima de la violación porque culpan a la niña de que le violaron por haberse ido con el violador". "Las personas ocultan las violaciones para que las personas no discriminen a las víctimas de violación, porque las demás personas publican y todos le ven mal, entonces mejor la gente no avisa ni denuncia". También se puede dar el caso contrario, que por presiones del culpable no se pueda saber la identidad del violador, quizás dentro del ámbito familiar. De acuerdo a María Juliana Vega, directora de la escuela de Guayama San Pedro (Cotopaxi): "Un ejemplo es una joven de 12 años, que apenas terminada la escuela se habría quedado embarazada. Ella se habría negado a avisar quién es el padre del bebé".

Siguiendo de nuevo con Sucumbíos, se comentan varios casos en que las chicas se quedan embarazadas por una violación y que no se trata de hechos aislados. Los agresores normalmente no son personas del lugar. Además, hay que recordar que, en muchas comunidades indígenas, la violación como hecho punible deja de serlo si el hombre se casa con la mujer, tal cual ha constado en la legislación de algunos países de la región hasta hace poco. Cuando la violación sucede, para que se solucione el problema se insta a que la mujer se case con quien la violó, precisamente lo contrario a lo que la mujer quiere.

70 En 2001, en la Sesión Especial sobre VIH y sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se hizo constar por primera vez en su Declaración de Compromiso que la desigualdad de género y la violación de los derechos de las mujeres son factores cruciales que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres y las jóvenes al VIH.

71 Cita del grupo focal de Esmeraldas de jóvenes de 16-20 años.

72 Otro de los participantes del grupo focal de Sucumbíos de chicos de 10-14 años: "A una jovencita de 14 años porque era muy coqueta, entre cuatro personas habían abusado de ella".

También se manifiesta que hay mucha violencia en los hogares: "Hay parejas que se separan por maltrato, cuando el marido llega borracho y la mujer no le sirve la comida rápido y les pegan por no haber hecho las labores domésticas. Dicen que no han hecho el trabajo en la casa por estar con otro".⁷³ No obstante, también es común la convivencia en casos de VIF. De acuerdo a una chica de 13 años de edad de San Ignacio, Cotopaxi: "Cuando el esposo le pega a la esposa, por ejemplo, arreglan, hacen perdonar, así".

La desconfianza y los celos son en sí mismos los detonantes de una enfermedad usual en las comunidades indígenas de la Sierra: la *cifa*. De acuerdo con Espíritu Anti Chusín, *yachak* de Guayama San Pedro (Cotopaxi): "Se manifiesta en un gran enflaquecimiento del cuerpo y se produce por el problema de los celos entre marido y mujer. Como consecuencia de los celos, una pareja de casados discute y estas peleas ocasionan dicha enfermedad (...) Pese a que los hijos y las hijas de la pareja son los más afectados con este mal, la esposa también suele enflaquecer por *cifa*, por los golpes, trompones, propinados por su pareja". De acuerdo al entrevistado, la *cifa* únicamente puede ser curada por un *yachak*, mediante un tratamiento a base de hierbas tradicionales y de ninguna manera puede ser solucionado por la medicina occidental, sus especialistas e instituciones. Es decir, en algunas comunidades la VIF puede considerarse más una situación asociada a una enfermedad que como una violación de derechos. Además, parecería que la migración, y el hecho de que el hombre se consiga otra esposa fuera (y sobre todo si existe otro "bebé"), actúa como detonante de las discusiones familiares y acentúa una violencia física que se puede extender entre los familiares, en un círculo vicioso y destructivo de difícil resolución.⁷⁴

Finalmente cabe remarcar la doble vertiente de esta situación de estigma, violencia y discriminación: desde las instituciones del Estado y la sociedad en general y en las propias comunidades indígenas, en especial, hacia la mujer. Varios estudios en el país sobre violencia de género e intrafamiliar, como los recientes de investigadoras de Flacso: Segura (2006), Pequeño (2009) y Ávila (2010), dan muestra de la situación de indefensión de la mujer en la propia comunidad donde, para empezar, hay una ausencia del tema de la violencia contra las mujeres en la mayoría de los estatutos o reglamentos de convivencia comunitaria, hecho que acaba implicando impunidad. Como lo remarca Pequeño (en Lang, M. y A. Kucia, comp. 2009: 85): "En general los casos de violencia intrafamiliar no llegan al cabildo ni a la asamblea. En voz de uno de los entrevistados, es un asunto 'menor' que, cuando no se calla, se resuelve al interior de las familias". La mayor violencia se da entre la población de mujeres casadas, siendo el alcohol y los celos los mayores detonantes de la violencia.⁷⁵

Caso aparte es el estigma y la violencia hacia las personas que tienen sexo con el mismo sexo, aspecto citado ya en el anterior apartado de "prácticas culturales";⁷⁶ finalmente, también se da la discriminación hacia personas que tienen o puedan tener VIH. De acuerdo a una historia de vida de una persona de Santa Rosa (Esmeraldas): "Si ya no hay como curar, si no hay remedio, ¡hay que terminarle la vida de una! Para que no contagie más, para que no deje la enfermedad en la comunidad".

73 Grupo focal de jóvenes de Sucumbios de 15-20 años.

74 Grupo focal de 11-16 años de Guayama San Pedro (Cotopaxi).

75 La Ley 103 (o Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia) es una oportunidad para ir frenando estas situaciones pero, al mismo tiempo, los espacios donde se ejecuta la ley (comisarias de la Mujer, defensorías, Tenencia Política, Intendencia) son lugares donde "no se respeta a las mujeres indígenas", según las participantes en el Seminario taller Mujeres indígenas del Ecuador: Salud, violencia y buen trato (Quito, 3 y 4 de mayo de 2007).

76 De hecho, en este caso, se podría hablar de prácticas transculturales y que aplican a la mayoría de culturas del mundo.





VIII. Conclusiones



De forma añadida, los y las jóvenes indígenas están sujetos a una mayor discriminación, como bien muestran los pocos indicadores nacionales disponibles, y aún más en el caso de "las jóvenes", donde, junto a la triple discriminación de la mujer indígena, se añade la de estar en un segmento de edad de alta vulnerabilidad. Esta violación de derechos individuales y colectivos hacia las personas y pueblos indígenas se debe enmarcar en los llamados derechos culturales, como el de la "libertad cultural" (por ejemplo, el derecho a contar con y poder elegir los servicios de salud más adecuados culturalmente y a ser atendidas en su idioma), y el de "tomar parte en la vida cultural de la comunidad" (que se podría concretar en el acceso y la participación de las mujeres indígenas en las tomas de decisiones de la comunidad y en el diseño y formulación de políticas públicas y su implementación). Para evidenciar con mayor claridad y empatía esta situación crítica, hay que ir a los datos cualitativos concretos que, si bien no se pueden generalizar, son efectivos para comprender la situación "desde dentro" y conjugarla con los datos cuantitativos (véase en el anexo la línea de base).

Los y las jóvenes, sujetos participativos, de esta investigación son miembros de comunidades alejadas de centros urbanos, si bien los mayores (15-19 años, aprox.) con frecuencia se establecen temporalmente en capitales cantonales o de provincia para estudiar. Proviene de familias usualmente con estudios primarios, cuando no analfabetas (especialmente las madres), y de bajos recursos y escaso "poder adquisitivo". Cuando no van a la escuela o al colegio, los chicos suelen trabajar en la chacra y las chicas en labores domésticas. En general, en todos los grupos etarios y en todas las comunidades donde se aplicaron las técnicas cualitativas, el conocimiento de las ITS, del VIH y sida, es difuso (sobre todo en el grupo de edad de 10-14 años, aprox.), y apenas existente sobre ITS.

Si bien en las comunidades no se pueden conseguir preservativos, con el conocimiento y la gratuidad de estos en los servicios de salud, los chicos y las chicas no los utilizan sobre todo por vergüenza y por el "qué dirán" si los ven pidiéndolos, así como porque perciben que "no es lo mismo" en cuanto a satisfacción (en el caso de los chicos). Si bien a veces se usan métodos anticonceptivos naturales (aunque ellos son conscientes de que no son tan fiables), estos van dirigidos solo a evitar embarazos, no a evitar ITS o VIH y sida. Además, cuando a pesar de estos métodos hay embarazo y no va a haber matrimonio se culpabiliza a la joven, incluyendo maltratos físicos y psicológicos, y se pueden llegar a utilizar métodos tradicionales para interrumpir el embarazo.

En varios casos, los jóvenes muestran un comportamiento estratégico que supuestamente les va a dar beneficios (por lo menos a corto plazo): dependiendo con qué persona mantengan relaciones usan o no el preservativo. Cuando consideran que puede haber peligro de infección, se suelen proteger, pero no lo hacen con sus parejas estables o para evitar embarazos. Otra dinámica social que puede estar relacionada con la propagación del VIH y sida es la migración, puesto que las personas se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Más aspectos que inciden en la propagación de la epidemia son, por una parte, la discriminación que enfrentan las personas con VIH, que da como resultado el ocultamiento de la enfermedad. Por otra parte, influyen las relaciones inequitativas de género, acentuadas en el mundo indígena y no del todo redefinidas en los y las jóvenes. En primer lugar, están los abusos sexuales y la VIF, incluso en menores, que suelen quedar impunes en la dinámica de ocultamiento y culpa dentro de la comunidad. En segundo lugar, a pesar de convivir de forma monógama, las mujeres casadas y especialmente aquellas

que tienen baja instrucción son muy vulnerables al VIH por acción de los factores antes apuntados: migración masculina, bajo uso de preservativo asociado al desconocimiento y a concepciones culturales, así como el alcoholismo como un factor detonante grave. Así mismo, son ellas las que más sufren las consecuencias de la infección, pues son quienes finalmente cuidan a los enfermos.

Cabe remarcar de forma especial que el concepto de "embarazo en adolescentes" no se utiliza en el mundo indígena, puesto que la persona entra en la etapa adulta cuando se casa y suele darse sobre los 14-16 años en ellas y sobre los 18-20 en ellos. Si bien los patrones culturales han cambiado con rapidez en los últimos años, casarse joven y formar familia continúa siendo una dinámica social central en las comunidades. Así, el deseo, la sexualidad y los hijos e hijas están fuertemente vinculados al matrimonio como institución. Los hijos e hijas son una bendición y un elemento de estatus (especialmente el "maridito", el hijo varón) siempre y cuando se enmarquen así. Por el contrario, si el embarazo se da fuera del matrimonio, la ofensa es grave, similar al estigma del trabajo sexual en el mundo occidental. En resumen, la madre soltera es una pecadora porque ha violado las normas de la comunidad: ha traído un hijo sin consentimiento ni acuerdo de las familias, fuera del marco del matrimonio. Es una ofensa a la muchacha, pero sobre todo una vergüenza para la familia y para la comunidad en general.

Aunque parezca contradictorio, esta situación tiene relación con la vergüenza que experimentan las jóvenes indígenas en un acto para otras personas tan sencillo como pedir preservativos en la farmacia o en los servicios de salud, el cual podría prevenir, precisamente, el embarazo fuera del matrimonio. Porque un valor que se sobreentiende (o se da por hecho) en la joven que se va a casar es el de la virginidad, que tiene relación con provenir o no de una buena familia, con el prestigio. Es decir, si una joven ya no es virgen antes del matrimonio es causa de desprestigio social.

En definitiva, el problema o el desafío para la comunidad indígena son las relaciones sexuales y el embarazo fuera del matrimonio, puesto que la sexualidad y la maternidad se legitiman solo dentro de este. Hacia evitar que se realicen relaciones sexuales fuera del matrimonio se dirigen todas las energías de la comunidad (de los mayores y las familias). De ahí que la información sobre SSR y la planificación familiar en los y las jóvenes no casados sean advertidas como prácticas obscenas, como elementos que incitan a la promiscuidad, al pecado y, por ende, al desprestigio familiar y comunitario.

Si bien el embarazo "adolescente" sin casamiento aumenta por los cambios socioculturales acelerados (por ejemplo, por la ausencia de presión o ineffectividad de esta hacia el varón para un casamiento acordado por las familias), la madre soltera sigue siendo el blanco de desprecio y agresiones, puesto que es la "principal culpable", y los "hijos del viento" (sin padre, sin "referencia"), expuestos como ella a la precariedad afectiva y económica, son estigmatizados, humillados, van a vivir donde los abuelos, son dados en adopción... cuando la madre y el hijo, juntos, no escapan de la comunidad para no volver jamás.

Pero entonces, concretamente, ¿por qué se da el embarazo sin casamiento en las comunidades indígenas? Como resumen se podrían apuntar cinco causas: (i) el desconocimiento de los métodos anti-conceptivos (como el preservativo); (ii) la vergüenza o el miedo al "qué dirán" si ven adquiriéndolos (especialmente las jóvenes); (iii) la baja autoestima y subordinación aún hoy de la joven indígena;

(iv) el aumento de expectativas vitales de los jóvenes y la baja capacidad coercitiva de la comunidad para establecer matrimonios acordados; y finalmente (v) el asocio entre relación sexual, matrimonio y maternidad. Ante la presión y promesas del joven, ceder sin protección alguna aparece como un comportamiento más común de lo que se podría pensar: la puerta al matrimonio, a la maternidad, a un mayor estatus y a la felicidad. Caso aparte son las violaciones (algunas como preámbulo al matrimonio) y los abusos sexuales dentro del ámbito familiar conducentes a embarazo.

A estos elementos de relación interpersonal, y a menudo de falta de cumplimiento de derechos humanos individuales dentro de las comunidades, se añade un contexto mayor de falta de garantías para poder ejercer los derechos colectivos. En primer lugar, se percibe una violación constante hacia los territorios indígenas, lo que incide en su derecho al desarrollo con identidad y, de forma amplia, a su derecho a la libre determinación, a las formas propias de decidir sobre su futuro y modelos de vida. Si se tiene en cuenta que para los pueblos indígenas (en su mayor parte agricultores, en parte ganaderos a pequeña escala y también cazadores recolectores) el territorio es clave e íntimamente ligado a su cultura, el irrespeto a este territorio (colonización, empresas mineras, petroleras y madereras, mega-proyectos desarrollistas como presas y carreteras, etc.) significa un atentado a su cultura y a su salud física y espiritual, tanto por la ocupación de lugares sagrados como por las consecuencias evidentes de la contaminación. Además, con las empresas y los trabajadores de las petroleras o de los mega-proyectos aparecen fenómenos antes desconocidos como el trabajo sexual (véase Sucumbíos); y con la marginación de los pueblos indígenas hacia áreas con suelos menos productivos y de difícil acceso para la comercialización de los productos se obliga a la migración a las grandes urbes.

En segundo lugar, no hay suficiente compromiso en asegurar el derecho a preservar, practicar y transmitir los conocimientos tradicionales, dándose una pérdida irreparable de estos, sumamente útiles para una buena salud espiritual y física de la persona indígena de acuerdo a la experiencia secular de generaciones y generaciones en sus propios contextos vitales. En este marco, asegurar instancias estatales como el Subproceso de Medicina Intercultural es positivo siempre y cuando no se vea como una política "suficiente" ante los derechos colectivos más amplios de los pueblos indígenas. Si así fuera, la sociedad ecuatoriana se encaminaría más hacia democracias clásicas multiculturales al estilo anglosajón que a la oportunidad que las demandas indígenas ofrecen: la reorganización del Estado liberal, moderno, reduccionista hacia otras formas más incluyentes y diversas. En general, se percibe una difícil confluencia de conceptos, valores y prácticas entre el engranaje de organizaciones nacionales, internacionales y ONG que trabajan en salud y la vivencia interna en las comunidades junto con las demandas de las organizaciones sociales indígenas como la Conaie. Decir "embarazo adolescente", por ejemplo y como se ha visto, puede no tener el mismo significado ni conlleva las mismas connotaciones para el Estado que en las comunidades.

En los datos analizados también se evidencia que no hay suficiente información, capacitación ni sensibilización en los y las jóvenes de las comunidades en temas de SSR, incluyendo las ITS, el VIH y sida, embarazo en adolescentes, e incluso infecciones como la TB. En este aspecto y de acuerdo a unas culturas donde la comunidad aparece como eje central de estructuración social, los ancianos, autoridades y todos los miembros de la familia deben ser tenidos en cuenta. Igualmente se perciben deficiencias en el sistema público de salud que convendría abordar, teniendo en cuenta la importancia que se debe dar a la garantía del derecho a la salud desde un enfoque intercultural y de género.





IX. Recomendaciones

A partir de las conclusiones, se sugieren como posibles recomendaciones las siguientes acciones concretas:⁷⁷

Políticas y programas

- Mejorar la información desagregada por etnia y sexo, fortalecer la implementación del SIA.
- Generar un vínculo de trabajo coordinado entre salud de adolescentes y salud intercultural.
- Considerar la ampliación de la cobertura y el apoyo a centros *jambi huasi* (casa de la salud en kichwa) como los de Guamaní (Pichincha), Otavalo (Imbabura) y Plancha Loma (Cotopaxi), lo que aseguraría una mayor cobertura en salud a los pueblos indígenas y significaría un avance sustantivo en el ejercicio del derecho a la libre determinación de estos pueblos.
- Reconocer promotores/as comunitarios/as de salud intercultural como agentes fundamentales para establecer y mantener el vínculo entre los servicios y la comunidad.
- Promover la participación comunitaria en los servicios.

Proyectos y acciones

- Fortalecer los procesos incipientes de capacitación asegurando un desarrollo de capacidades continuo y sistematizado a los y las jóvenes indígenas por medio de talleres itinerantes en las comunidades. Deberían dirigirse a los distintos grupos de edad y estar liderados por los propios jóvenes y en convenio con las organizaciones indígenas (por ejemplo, con la Feince de los cofanes), así como en coordinación con las Direcciones Provinciales de Salud y con las pocas ONG que ya han hecho programas piloto exitosos (como el "recorrido participativo" adaptado por el proyecto de salud de la Fundación RIOS y Fonakise para jóvenes kichwas de Sucumbíos).
- Desarrollar de forma exclusiva procesos de capacitación a las mujeres jóvenes indígenas (de manera creciente junto con hombres) en SSR, VIF y género y en resolución de conflictos para que tengan argumentos de negociación en sus relaciones familiares y de pareja, incluyendo el conocimiento de la Ley 103 contra la violencia a la mujer y la familia y la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, así como algunas específicas, como la Ley del buen trato, en el caso de las comunidades kichwas de Sucumbíos.
- En relación con lo anterior, producir material didáctico en varios formatos, adecuado culturalmente (rotafolios, programas radiales, videos) y en los idiomas de los distintos pueblos indígenas.
- Ampliar la capacitación en SSR a los padres y madres de familia y a las autoridades tradicionales para generar un ambiente habilitante en estos temas.
- Desarrollar módulos de capacitación en SSR, VIH y sida y TB, dirigidos especialmente a los promotores de salud, a las parteras y a los chamanes o *yachacs*.
- Impulsar a la Dineib para que incorpore en los currículos educativos de primaria y secundaria información sobre SSR y específicamente sobre ITS, VIH y sida y TB; acabe de reformar los currículos educativos, y haga efectivos los programas de educación para la sexualidad.
- Iniciar procesos de capacitación al personal de salud para aumentar la calidad de la atención en los servicios de salud, que incluya SSR, VIF y tenga enfoques de género, intercultural e intergeneracional.

77 Alguna de estas propuestas se han planteado desde hace años y desde distintas instancias y organizaciones, como la Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales, elaborada por la Conaie en 1998. Parte de estas conclusiones también proviene de la caracterización de los servicios de salud de las mismas provincias priorizadas por la investigación y realizada por María Rosa Cevallos y Vivianne Rammel en vistas a conocer específicamente la situación de la oferta de los servicios de salud.

- Ampliar o adaptar horarios de atención en los Subcentros de salud para que las personas indígenas que viven en comunidades apartadas puedan acceder a los servicios ofrecidos.
- Incluir personal indígena que conozca su propia lengua en los centros de salud y en las comisarías de la Mujer.
- Potenciar y aumentar la frecuencia de las salidas de las brigadas de salud con enfoque integral a las comunidades, como obligación del Estado.
- Generar mecanismos para que las y los jóvenes que viven en comunidades alejadas de los servicios no paguen precios elevados para llegar al servicio de salud más cercano.
- Adecuar salas de espera para que se sientan cómodos/as los/las jóvenes.

Investigaciones a futuro

- Extender las investigaciones sobre VIH y sida a la población indígena de Guayas y Morona Santiago, a la población afrodescendiente (con matrimonios mixtos con población indígena, especialmente en Esmeraldas), y en general y de forma concreta, sobre maternidad en adolescentes.





X.
Bibliografía
seleccionada

Libros y estudios

- Ávila, Marianela. *Pluralismo jurídico y garantías a las mujeres indígenas: el caso de la violencia de género entre los shuaras*. Ecuador: Tesis de Maestría de Flacso-Sede Ecuador no publicada; 2010.
- Barriga, Franklin. *Etnología ecuatoriana*. Quito: IECE; 1986.
- Bernstein, S. y C. Juul. *Opciones públicas, decisiones privadas: Salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York: FCI; 2006.
- Cabrero, F., M. Segura y C. Puig. *En la intimidad del buen vivir/Horizontes interculturales en salud y VIH. VIH y pueblos indígenas en Ecuador*. Quito: FCI; 2009.
- Cabrero, F. *Els pobles indígenes. Finestra a les Amèriques tan poc llatines*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2006.
- CARE Internacional. *Documento técnico de línea de base de VIH/SIDA*. CARE; 2007.
- Cerón, Benhur. *Los Awá-Kwaiker: un grupo indígena de la selva pluvial del Pacífico Nariñense y el Nor-Occidente Ecuatoriano*. 3ra. ed. Quito: Abya-Yala; 2000.
- Cloet, R. *Nunca pensé que esto me iba a pasar a mí: VIH/SIDA y género en el Ecuador*. Quito: s.e.; 2006.
- Conaie. *Propuesta de la Conaie frente a la Asamblea Constituyente*. Quito: Conaie; 2007.
- Cunningham, M. *Health. Chapter 5 of the State of the World's Indigenous Peoples*. New York: UN/DESA; 2010.
- Dibbits, I. y M. de Boer. *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud*. Quito: Tahipamu; 2002.
- Espinosa, B. y W. Waters. *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*. Quito: Flacso/Ministerio de Cultura; 2008.
- Flacso. *Memorias del Seminario Taller Mujeres indígenas del Ecuador: Salud, violencia y buen trato. 3 y 4 de mayo de 2007*. Quito: Flacso; 2007.
- García, F. y M. Sandoval. *Los pueblos indígenas del Ecuador: derechos y bienestar. Informe alternativo sobre el cumplimiento del Convenio 169 de la OIT*. Quito: Flacso/Oxfam; 2007.
- Gómez, V. y M. López. *Violencia intrafamiliar y de género. Guía de prevención y atención para proveedores/as de salud*. Quito: Cepam/Unfpa/Fundación Esquel/MSP; 2001.
- Hermida, C. *La equidad es posible. Gestión social para el sistema nacional de salud en Ecuador*. Quito: Instituto Juan César García/Conasa; 2005.
- IIDH. *Derechos humanos en la agenda de población y desarrollo. Vínculos conceptuales y jurídicos, estándares de aplicación*. San José: ASDI/Unfpa; 2009.
- Lafaurie, M. M. y Z. Betancourt. *Achik Ñan (camino resplandeciente). Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres de Chimborazo*. Bogotá: Fundación ESAR; 2009.
- León, M. (ed.). *Derechos sexuales y reproductivos. Avances constitucionales y perspectivas en Ecuador*. Quito: Fedaeaps; 1999.
- MSP. *Enfoque intercultural y de género en salud materna*. Quito: MSP; 2006.
- Puig, C. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva. Perspectiva desde la gente joven de Latinoamérica y el Caribe*. Quito: FCI/Youth Coalition; 2008.
- Rodríguez, L. *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos*. Mecanuscrito. s.f.
- Sánchez Parga, J. "Cuerpo y enfermedad en las representaciones indígenas de los Andes", en *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud*. Colombia: Grupo editorial 87: Instituto Francés de Estudios Andinos; 1992.

- Sánchez Parga, J. *Crisis en torno al Quilotoa: mujer, cultura y comunidad*. Quito: Centro Andino de Acción Popular; 2002.
- Segura, M. *Resolución o silencio. La violencia contra las mujeres kichwas de Sucumbíos*. Ecuador: Tesis de Maestría de Flacso-Sede Ecuador no publicada; 2006.
- Tenorio, R. *La intimidad desnuda. Sexualidad y cultura indígena*. Quito: Abya-Yala; 2000.
- Vallejo, I. *Sumag Mirasha Katinkapak allí kausayta charina / Sexualidad y salud reproductiva en los Kichwas del Alto Napo*. Quito: Fonakin; s.f.
- Ventura, Monserrat et al. *Etnografías Mínimas del Ecuador*. Quito: Abya-Yala; 1997.
- VV.AA. *Intercambio de experiencias en salud sexual y reproductiva con poblaciones indígenas*. Quito: MSP/MEC/Unfpa/OPS-OMS; 2003.
- Weismantel, M. *Alimentación, género y pobreza en los Andes ecuatorianos*. Quito: Abya-Yala; 1994.

Documentos, directrices, memorias e informes institucionales

- Cladem. *Derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador*. Quito: Cladem; 2003.
- Conaie. *Política intercultural en salud y derechos sexuales*. Mecanuscrito. Conaie; 1998.
- Conasa. *Memorias del III Congreso por la Salud y la Vida. Concertación ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente*. Quito: MSP/Conasa/OPS/Unfpa/Unicef; 2007.
- FCI. *Mujer indígena: Salud y derechos. Diagnóstico participativo con Conaie (Ecuador)*. Quito: FCI; 2009.
- Lang, M. y A. Kucia (comp.). *Mujeres indígenas y justicia ancestral*. Quito: Unifem; 2009.
- Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/SIDA; aprobada por el Congreso Nacional el 14 de abril de 2000.
- MSP. *Mapa estratégico 2009-2013*. Quito: MSP/Subproceso de Medicina Intercultural; 2009.
- MSP. *Proyección de población 2009 por cantones y parroquias, según grupos programáticos*. Quito: OPS/Unfpa/Unicef/MSP; 2009.
- MSP. *Memorias del primer congreso de salud intercultural del Ecuador*. Coca, junio 2008. Quito: MSP; 2008a.
- MSP. *Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA ITS*. Publicación semestral N° 4, junio. Quito: MSP; 2008b.
- MSP. *Declaración de compromiso sobre VIH-SIDA, Ungass. Informe del Gobierno del Ecuador relativo al período 2006-2007*. Quito: MSP/Onusisa; 2008c.
- MSP. *Ecuador: Plan estratégico multisectorial de la respuesta nacional al VIH/SIDA 2007-2015*. Quito: Onusida; 2007.
- MSP/Conasa. *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador*. MSP/Conasa/OPS/Unfpa; 2007.
- MSP. *Módulo sensibilización en salud y medicina intercultural*. Quito: MSP/Universidad Amawray Wasi; s.f.
- Oacnudh. *Observaciones del relator especial sobre la situación de derechos humanos y libertades fundamentales de los indígenas acerca del proceso de revisión constitucional en el Ecuador*. Documento de Naciones Unidas: A/HRC/9/9/Add.1, Anexo 1, 15 Ag. 2008.

- Oacnudh. *Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas, Sr. Rodolfo Stavenhagen. Adición Misión a Ecuador*. Documento de Naciones Unidas: A/HRC/4/32/Add.2; 2006.
- ONU. *Directrices sobre los asuntos de los pueblos indígenas*. Documento de trabajo del UNDG; 2008.
- Onusida. *América Latina. Situación de la epidemia del sida. Resumen regional*. Ginebra: Onusida; 2008.
- Onusida / Oacnudh. *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Versión consolidada de 2006. Ginebra: Onusida; 2007.
- OPS. *Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas*. Abya-Yala Kuyarinakui. Washington: OPS; 2003.
- PNUD. *Informe sobre el Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. México, Barcelona, Madrid: Mundi-Prensa Libros; 2004.
- Utopía. *Memoria del taller diagnóstico de CAP en SSR y violencia intrafamiliar*. Quito: FCI/Unfpa; 2004.
- VV.AA. *Memorias del seminario taller mujeres indígenas del Ecuador: Salud, violencia y buen trato*. Quito: Amnkise/FCI/Flacso/OPS-OMS/Unifem/Unfpa; 2007.

Compendios estadísticos

- Cepar. *Situación de salud de los pueblos indígenas en el Ecuador*. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Endemain). Quito: Cepar/Codenpe/MSP/Unfpa; 2006.
- Del Popolo, F., M. López y M. Acuña. *Juventud indígena y afrodescendiente en América Latina: inequidades sociodemográficas y desafíos de políticas*. Madrid: Cepal/Unfpa/OIJ; 2009.
- INEC. *Encuesta de Condiciones de Vida*. Quito: INEC; 2006.
- INEC. *Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo Urbano y Rural (Enemdu)*. Quito: INEC; 2006.
- INEC. *Pobreza y extrema pobreza en el Ecuador (Noviembre 2005 - Octubre 2006)*. Quito: INEC; 2006.
- INEC. *La Población Indígena del Ecuador. Análisis de estadísticas socio-demográficas*. Quito: INEC; 2006.
- INEC. *Censo de población y vivienda*. Quito: INEC; 2001.
- PNUD. *Estado de situación 2008. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nacionalidades y pueblos indígenas del Ecuador*. Quito: PNUD/Programa Hurist; 2009.
- SNUE. *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA y Violencia Intrafamiliar en la provincia de Sucumbíos, Ecuador*. Quito: SNUE; 2010.
- Siise. *La Situación de la Juventud 2006: análisis, indicadores y propuestas*. Quito: Siise; 2006.
- Viteri, I. y N. Rodríguez. *Línea de base salud sexual y reproductiva en comunidades kichwas de la provincia de Sucumbíos*. Documento borrador no editado; 2009.

Artículos

- Costales, Alexandra. "Para no enfermar es mejor no ir solas': Cuerpo, salud y paisaje en la Sierra", en Paulson, S., Susan V. Poats y María Argüello. *Huellas de género en el mar, el parque y el páramo*. Quito: EcoCiencia, Corporación Grupo Randi Randi y Abya-Yala; 2009.
- Cunningham, M. *Health. Chapter 5 of the State of the World's Indigenous Peoples*. New York: DESA; 2010.
- León Guzmán, M. "Etnicidad y Exclusión en el Ecuador: Una mirada a partir del censo de población del 2001" en *Íconos*, N° 17, Quito: Flacso; 2001.
- VV.AA. "El VIH en las comunidades indígenas", en *¡Impacto! Transnacional*, vol. 6: 1, Los Ángeles, APLA; 2008.
- Worth, D. "Minority women and AIDS: Culture, Race and Gender", en Feldman, D. (ed.). *Culture and AIDS* (pp. 112-135). Nueva York: Westport; 1990.



XI. Anexo

Ecuador	66
Diversidad cultural y desigualdades	67
Grupos etarios y desigualdad	68
Esmeraldas	70
Eloy Alfaro	71
Chachis y ñperas	72
Sucumbíos	74
Lago Agrío	75
Kichwas de la Amazonía y cofanes	76
Cotopaxi	78
Sigchos	79
Kichwas panzaleo	80



Ecuador

La República del Ecuador tiene una población total de 14.126.514 habitantes y se encuentra en la posición 89 del Índice de Desarrollo Humano del PNUD, que corresponde a un Desarrollo Humano Medio, si bien en la región solo está por delante de Bolivia.⁷⁸ Su capital es San Francisco de Quito (1.640.478 habitantes, año 2010), sede de los principales entes estatales y del Gobierno nacional y su ciudad más grande es Santiago de Guayaquil, principal puerto marítimo e importante centro económico (3.050.728, igualmente según estimaciones del año 2010). El país se divide en 24 provincias, distribuidas en cuatro regiones naturales: Amazonía, Costa, Sierra (con volcanes que sobrepasan los 6.000 msnm) y región Insular (Galápagos); siendo el país de mayor biodiversidad del mundo por kilómetro cuadrado. Es el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones (gambas) y cacao. Debido a la profunda crisis económica que sacudió el país, entre 1998 y 2004, al menos 700 mil ecuatorianos migraron hacia América del Norte y Europa.

En referencia a las estadísticas sociales de empleo, según los datos disponibles en 2009,⁷⁹ la tasa nacional urbana (la disponible) se distribuía de la siguiente manera: 38,80% de ocupación; 7,90% de desempleo, y 50,50% de subempleo; de acuerdo a otros indicadores (Encuesta de Empleo, Subempleo y Desempleo 2009): 39,6% de ocupación; 7,90% de desempleo, y 43,4% ocupados en el "sector informal" (el resto de población queda en "ocupados no clasificados" y "servicio doméstico"). En referencia al índice de pobreza (por consumo nacional) se situaba en el 38,28%, distribuida en un 24,90% urbana y en un 61,60% rural. En cuanto al Índice de Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas se situaba en un 45,74% (24,80% urbana y 82,20% rural). Según "pobreza crónica (Katzman)", el país tiene un 31% de pobreza nacional (15,60% urbana y 58,50% rural),⁸⁰ y de acuerdo a la pobreza "subjetiva" o por "autodefinición nacional", Ecuador (2009) muestra un porcentaje de un 66,70% de pobres (58,40% urbanos y 82,90% rurales). Como parte de América Latina, Ecuador muestra una fuerte desigualdad, ascendiendo el coeficiente de Gini de consumo nacional (de 0 a 1, máxima desigualdad) a 0,46 en 2006 (lo que muestra un ligero ascenso en los últimos años) y un 0,51% de coeficiente de Gini de ingreso nacional en diciembre de 2008. Finalmente, hay que apuntar que la tasa de analfabetismo asciende al 9% nacional, siendo la urbana de un 5,29% y la rural de un 15,43%.

78 Según los últimos datos del INEC, la Tasa Nacional Urbana a partir de la encuesta es de 20.220 viviendas (www.ecuadorencifras.com); así como al *Informe Mundial de Desarrollo Humano 2009* del PNUD, respectivamente. En este último caso, la posición se muestra estable desde los últimos años con un índice de 0,772.

79 www.ecuadorencifras.com

80 Encuesta de Condiciones de Vida. INEC; 2006.

Diversidad cultural y desigualdades

En Ecuador, como en la mayor parte de países de Latinoamérica con población indígena, hay dificultades a la hora de visualizar las brechas de pobreza y exclusión de su sociedad. Los compendios estadísticos muestran una desagregación de datos limitada, lo que incide en reflejar de manera poco fiable la realidad social del país, a la vez que dificulta convertir las políticas públicas en herramientas efectivas y sobre todo eficientes hacia los sectores menos favorecidos (como bien nos recuerdan desde 2002 las recomendaciones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, por ejemplo).⁸¹ De todas maneras, se pueden avanzar algunos datos a partir del Censo de 2001 del INEC, donde había la posibilidad de autoidentificarse como indígena (lengua o autoidentificación por hogares) y, sobre todo, con la Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (Enemdu) 2006 (igualmente del INEC), y la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Endemain), la última de las cuales data de 2004 (véase 2006 para el estudio Situación de salud de los pueblos indígenas en Ecuador).

81 En su sesión inaugural el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas determinó que la cuestión de la reunión y el desglose de datos era un tema de primordial importancia. Véase, por ejemplo, el *Documento conjunto sobre reunión y desglose de datos por origen étnico* (E/C.19/2003/4) y sobre todo el *Informe del seminario sobre recopilación y desglose de datos relativos a los pueblos indígenas* (E/C.19/2004/2).

Grupos etarios y desigualdad

De forma similar al resto de América Latina, Ecuador tiene una población altamente joven: uno de cada cuatro ecuatorianos es "joven" (para la población blanco-mestiza entre los 15 y 29 años); es decir 3.356.563 ecuatorianos.⁸² De acuerdo siempre al Censo de 2001, en la Sierra viven un total de 1.500.177 jóvenes; en la Costa 1.682.932; en la Amazonía 148.287, y en Galápagos 5.537. De estos se distribuyen en 49% de hombres y 51% de mujeres, siendo el 63,4% urbano y el 36,7% rural. La concentración juvenil urbana se incrementa de acuerdo a la edad de las personas, lo que podría hacer referencia a las posibilidades de estudio y trabajo de las capitales de provincia. En especial la migración interna de jóvenes se concentra en las ciudades más grandes: Quito, Guayaquil, Cuenca, Santo Domingo y Ambato (los cinco cantones con mayor presencia de jóvenes).⁸³ Además, cabe añadir el alto porcentaje de migración supuestamente entre los jóvenes varones indígenas, lo que haría descender considerablemente su número en la franja 20-24 años (33,5%) y 25-29 (25%), con respecto a la franja 15-19 (41,5%).⁸⁴

La población joven tiene características comunes que la ubican en una franja de vulnerabilidad social, siendo la pobreza la forma de exclusión más evidente. La población joven que vive en condiciones de pobreza por NBI es del 58,9% (1.977.580 jóvenes), 44,4% mujeres y 44,7% hombres, de los cuales un 44,6% es pobreza urbana y un 83,7% rural (gráfico 2). Hay que remarcar, no obstante, que sube al 85,9% en los jóvenes indígenas. Respecto a la extrema pobreza o indigencia, asciende a un 28,7% (964.389 jóvenes). En resumen, se puede decir que 6 de cada 10 jóvenes en el país son pobres (4 de cada 10 en la población adulta), cifra que asciende a 8 de cada 10 en el área rural. Respecto al ámbito familiar, un 1,7% vive solo o con amigos; un 4% con pareja (o tiene familia propia), y la inmensa mayoría, un 94%, vive con sus padres u otros familiares. Sin embargo, el estado civil muestra datos que no se ajustan a tener una vivienda propia: el 18,3% están unidos; el 21% están casados, y el 58% se mantienen solteros. De estos últimos porcentajes, los jóvenes indígenas retienen la mayor cifra de casados con un 36%.

Siguiendo con las estadísticas que aquí interesan, en Ecuador hay un 49,5% de madres jóvenes (847.595 en total), 47,6% en el área urbana y 53,1% en el área rural. El mayor porcentaje se da en el grupo etario de 25 a 29 años y en el área rural (83,6%). Respecto a la migración, el 54,10% de jóvenes comprendidos entre los 15 y 29 años son migrantes, siendo el grupo de 19 a 24 años el de mayor porcentaje (27,02%). Además, en general, el mayor porcentaje de jóvenes migrantes se da en el área rural. En cuanto a la situación educativa, hay un 73,56% de jóvenes con primaria completa, pero solo un 31,09% con secundaria y solo un 8,32% con título universitario. Respecto a los jóvenes indígenas (15-29 años), lo más frecuente es que alcancen solo de 4 a 6 años de edad de educación formal (cuando el promedio a nivel nacional está en los 7 años), con excepción del pueblo chachi (Esmeraldas), para el que el 46,6% solo ha logrado de 0 a 3 años de estudio.

82 Censo 2001.

83 *La Situación de la Juventud 2006: análisis, indicadores y propuestas*. Siise, Sijoven. Por provincia de estudio, tenemos que en Esmeraldas hay un 49,9% de migración joven; 61,6% en Sucumbios, y 62,1% en Cotopaxi, de los cuales son migrantes internos respectivamente un 12,8%, 21,8% y 11,2%.

84 Del Popolo et al. 2009: 61.

Además, los porcentajes para madres jóvenes que estudian bajan considerablemente (10,27%). Si bien la tasa de analfabetismo es considerablemente más baja que en la población adulta (3,6% sobre 12,8%), continúa una alta tasa de analfabetismo funcional entre los jóvenes (11,6%). Finalmente, respecto a los indicadores laborales en los jóvenes, nos encontramos que la tasa bruta de ocupación asciende al 53,3% (69% en la población mayor de 30 años), un tasa de desempleo de 14,5% (19,1% en mujeres). Respecto a los subempleados jóvenes llegan a un 51,70% (en el ámbito rural asciende a un 55,80%).

Esmeraldas

La provincia de Esmeraldas se encuentra situada en el extremo noroccidental de la República del Ecuador, tiene una extensión de 15.954 km² y está conformada por los siguientes cantones: Esmeraldas, Eloy Alfaro, Atacames, Muisne, Quinindé, San Lorenzo y Rioverde. Se asienta sobre tierras bajas, donde las mayores altitudes no sobrepasan los 600 metros sobre el nivel del mar, y su clima varía entre tropical, subtropical húmedo y subtropical muy húmedo.⁸⁵ La población total de acuerdo al Censo de 2001 es de 396.047 habitantes (460.668 estimados para el año 2010; 51,2% hombres y 48,8% mujeres), el 41% rural, y su composición comprende en su mayoría grupos de afroecuatorianos e indígenas pertenecientes a las culturas chachi, épera, awá, así como colonos mestizos.

La provincia de Esmeraldas tiene sus principales rubros en la madera, la agricultura y la pesca artesanal. Sin embargo, estas actividades se han desarrollado de manera informal (la actividad agropecuaria, la caza y la pesca acogen al 37,6% de los 127.914 esmeraldeños que conforman la población económicamente activa). En porcentaje, le siguen los servicios, con el 22%, y el comercio, con el 9% (ambos han despuntado en Esmeraldas, Quinindé y Atacames). En el norte, los principales ingresos giran en torno a sus bosques. Se calcula que de esta provincia sale el 80% de los 240.000 m³ de madera que demanda al año la industria forestal. Solo en Borbón, cantón Eloy Alfaro, unos 5.000 habitantes viven de la extracción, tala y venta de madera. Pero esa actividad tiene un alto costo ambiental y social: la extracción de madera poco aporta al desarrollo local, estando San Lorenzo y Eloy Alfaro (donde hay bosques) entre los más pobres de la provincia.

La actividad pesquera tampoco se ha desarrollado adecuadamente. Unas 5.000 familias viven directa e indirectamente de la pesca, limpieza y comercialización de productos del mar. La flota local tiene 4.000 pequeños botes artesanales, que representan el 99%; el resto son barcos chinchorreros y camaroneros. Según datos de la Subsecretaría de Pesca, allí se capturan entre 3.000 y 4.000 toneladas de pescado anuales. Además, están las palmicultoras, que ocupan 108.213 ha (según la Asociación Nacional de Cultivadores de Palma Africana). Esta es una de las zonas con mayores perspectivas de crecimiento, puesto que en los últimos cinco años prácticamente se duplicó la producción (hay cerca de 2.000 pequeños, medianos y grandes palmicultores).

En Esmeraldas y siempre de acuerdo al INEC, la pobreza asciende al 64,2% según NBI (73,8% en jóvenes); 49,7% según consumo. La extrema pobreza alcanza el 21,25%, siendo una de las provincias del Ecuador que presenta los peores indicadores: bajo nivel de escolaridad (promedio de 5,8 años), 11% de analfabetismo (mayor porcentaje en mujeres); a lo que se añade un déficit récord de servicios básicos en todas las parroquias, incluso las urbanas (9 de cada 10 personas carece de estos servicios). En medio de ese panorama, hay que apuntar que la provincia posee la refinería estatal más importante del país, la Central Termoesmeraldas y el puerto comercial, esferas económicas que no han solucionado los problemas socioeconómicos crónicos.⁸⁶

85 www.visitaecuador.com/costa.php?opcion=datos&provincia=8&ciudad=GnHIF411

86 Datos del INEC 2001 y de la página web www.revistalideres.ec/CustomerFiles/Lideres/Especiales/2009/septiembre/provincias/7ESMERALDAS/provincias7.html

Eloy Alfaro

En referencia a la zona objetivo de la investigación, el cantón Eloy Alfaro, ubicado al norte de la provincia de Esmeraldas, tiene una población de 33.403 habitantes (39.945 aproximada para el año 2010), de los cuales el 52,5% son hombres y el 47,5% mujeres; 15,73% corresponde a la población urbana, y el 84,27% a la población rural.⁸⁷ Su cabecera cantonal es Valdez (conocida como Limones). Las principales poblaciones que lo conforman son Borbón, Maldonado, Selva Alegre, Playa de Oro, Atahualpa, Zapallo Grande, San Francisco del Onzole y Santo Domingo del Onzole. Estas poblaciones se asientan a lo largo de la cuenca del río Santiago donde confluyen, además, los ríos Cayapas y Onzole.

La población económicamente activa (considerada a partir de los 12 años y más) es de 10.803 habitantes, lo que constituye un 32,34% del total de la población del cantón. La tasa de analfabetismo en este cantón alcanza el 21,3%, siendo el porcentaje de mujeres más alto. Esta tasa en el área urbana se sitúa en el 12,2% y en el área rural alcanza el 23,1%. En el cantón Eloy Alfaro se mantiene la misma prevalencia que en la provincia en cuanto a la unión libre como principal estado civil elegido.⁸⁸ La parroquia objetivo del estudio, Borbón, tiene una extensión aproximada de 3.100 km², y su población es de 6.203 habitantes, de los cuales 3.247 (52,35%) son hombres y 2.956 (47,65%) son mujeres.⁸⁹

87 Cantón Eloy Alfaro (INEC, 2001).

88 www.inec.gov.ec

89 *Censo de población y vivienda 2001*. INEC.

Chachis y ëperas

En las zonas selvático-montañas a lo largo de la cuenca del río Santiago (donde, además, confluyen los ríos Cayapas y Onzole), se encuentran asentamientos de poblaciones indígenas pertenecientes a las nacionalidades chachi, awá y ëpera, sujetos principales del presente sondeo en la provincia de Esmeraldas.

De acuerdo con varios investigadores, el pueblo chachi, después de una larga emigración desde tierras del Putumayo (Colombia), hizo de la selva húmedo-tropical de la zona norte de Esmeraldas su lugar de asentamiento definitivo. Conocidos comúnmente como cayapas (nombre erróneo que resulta peyorativo), los chachi han llegado a conformar 30 comunidades ubicadas en las zonas selvático-montañas de los cantones Eloy Alfaro, Muisne, Quinindé, Esmeraldas y San Lorenzo. Su idioma originario es el cha'paalachi. Para los chachi, los ríos y esteros representan una fuente de vida y la principal vía de comunicación interfamiliar, intercomunal y con el exterior. Como producto de la labor desplegada por los misioneros católicos a partir del siglo XVI, los chachi profesan en su mayoría la religión católica.

La modalidad familiar predominante en los chachi es la familia nuclear, si bien se puede apreciar que subsiste la modalidad de familia ampliada (familias constituidas no solamente por padre, madre e hijos sino también por otros parientes: abuelos, tíos, yernos o cuñados). Como norma general, la pareja conyugal es formada a edad temprana: 17 a 18 años en los hombres y a partir de los 15 en las mujeres. El tipo de residencia que la pareja adopta, cuando recién se une, es casi siempre la patrilocal (residencia en la casa del padre del marido). En su mayoría, los novios contraen matrimonio civil, eclesiástico y tradicional. Cabe remarcar que el matrimonio solo se permite entre miembros de la misma cultura, a riesgo de sanciones que van desde el castigo físico (cepo y azotes) hasta la pérdida de los derechos comunales. El matrimonio entre parientes cercanos está prohibido y la extensión de la ley del incesto es bastante amplia (hasta el cuarto grado de consanguinidad). El matrimonio intraétnico ha sido instituido como mecanismo para la supervivencia étnico-cultural del grupo y hoy en día continúa en vigencia, aunque se den algunas excepciones (matrimonio entre hombres y mujeres chachi con afrodescendientes y mestizos). Actualmente, están agrupados en la Federación de Centros Chachi del Ecuador (Fecche), conformada en 1978, que es miembro de la organización regional indígena de la Costa Conaice y, en el ámbito nacional, de la Conaie.⁹⁰

Por su parte los ëperas, de acuerdo con su afinidad étnica y lingüística (idioma sia pedee) y sus puntos originarios de migración, serían una ramificación de los ëperara sia (embera), uno de los grupos indígenas con mayor población en Colombia. En Ecuador son de presencia tardía, producto de un proceso migratorio que se produce en 1964 desde el Chocó colombiano. Después de que algunas familias regresaran a Colombia recientemente, en Ecuador los "ëperas" han quedado como un grupo relativamente pequeño: aproximadamente 250 personas repartidas en las siguientes poblaciones/

90 www.codenpe.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=274

comunidades: Borbón, Capricho, Palma, Bella Aurora, La Concepción y Santa Rosa (en esta última, cerca del río Cayapas, se van a unificar las comunidades que anteriormente se denominaban La Cayapa y San Francisco de Cayapas). La nacionalidad épera es miembro de la Conaice en el ámbito regional y de la Conaie en el ámbito nacional.

Aunque la tendencia es hacia la conformación de familias nucleares, la base de la organización social es la familia ampliada (de hasta 25 personas). El liderazgo se mantiene sobre la base del linaje a través de un apellido (en Ecuador, los Capena), a los que corresponde el bastón de liderazgo. Existe una diferenciación de género marcada en las actividades productivas. La mujer, además de asumir las actividades reproductivas y domésticas, se involucra en las agrícolas (siembra) y en la pesca con canasta. Los hombres, además de someterse al régimen asalariado en las fincas (los únicos que pueden ser jornaleros), se encargan del desbroce del terreno, del deshierbe, así como de la cosecha y su comercialización.

Sucumbíos

La provincia de Sucumbíos se encuentra situada en el extremo nororiental de la República del Ecuador, tiene una superficie de 18.327,5 km², se asienta en su mayor parte sobre tierras tropicales en plena Amazonía y está conformada por los cantones: Sucumbíos, Gonzalo Pizarro, Cascales, Lago Agrio, Putumayo, Shushufindi y Cuyabeno. Según el último censo realizado por el INEC, en el año 2001, su población total asciende a 133.517 habitantes (177.561 según proyección para 2010), el cantón Lago Agrio cuenta con mayor población: 66.788 habitantes, de los cuales 34.106 están asentados en la zona urbana y 32.682 en la zona rural (53% hombres y 47% mujeres), que representa el 51,8% del total de la provincia, cuya diversidad étnica abarca población kichwa, cofán, secoya y siona, además de colonos mestizos (hoy, la mayoría).

Con relación a las ramas de actividad, en la provincia el 39,4% de la población se dedica a la agricultura, silvicultura, caza y pesca (19.232 personas); explotación de minas y canteras 6,3% (3.093 personas); manufactura 4,2% (2.052 personas); electricidad, gas y agua 0,2% (118 personas); construcción 5,4% (2.643 personas); transporte 4,3% (2.081 personas); establecimientos financieros 3,6% (1.783 personas); servicios 15,4% (7.527 personas); actividades no bien especificadas 8,2% (4.024 personas); trabajador nuevo 0,4% (213 personas).

A nivel de la Amazonía (los datos disponibles), el porcentaje de pobreza por NBI es del 71% (77,3% en jóvenes para Sucumbíos) y del 59,7% según consumo. La tasa de analfabetismo total es 8,1%, con un mayor porcentaje en las mujeres (9,5% en el área rural y 6% en la urbana). La escolaridad media en la provincia es de 5,6 años. En medio de estos bajos indicadores sociales, hay que apuntar que en Sucumbíos, paradójicamente, se encuentra la mayor parte de industria de extracción petrolera del país.

Lago Agrio

El cantón Lago Agrio, en el centro de la provincia de Sucumbíos, está compuesto por las siguientes parroquias: Nueva Loja, Dureno, General Farfán, El Eno, Pacayacu, Jambelí y Santa Cecilia. La proyección para la población del cantón para el año 2010 es de 92.424 habitantes. El 48,9% de su población reside en el área rural y se caracteriza por ser una población joven con un 47,5% de personas menores de 20 años. La tasa de analfabetismo es de 8,9% a nivel cantonal, en la zona rural se concentra el 11,3%, de ellos el 9,9% son mujeres y el 8,8% hombres. Entre las personas con estudios, la mayor parte en el cantón tiene educación primaria (56,1%). En el área urbana el 49,9% de la población tiene educación primaria y el 26,3% secundaria, mientras que en el área rural el 62,8% de la población tiene estudios primarios y el 15,5% secundarios.

La población económicamente activa en el cantón es de 25.219, con las siguientes actividades: agricultura, ganadería, caza, pesca, silvicultura, por un total de 8.866 (7.763 hombres y 1.103 mujeres); manufactura, un total de 1.137 (897 hombres y 240 mujeres); construcción, un total de 1.333 (1.309 hombres y 24 mujeres); comercio, un total de 3.946 (2.698 hombres y 1.248 mujeres); enseñanza, un total de 829 (hombres 345 y mujeres 484); otras actividades, un total de 9.108 (hombres 6.024 y mujeres 3.084). Finalmente, en el cantón Lago Agrio hay prevalencia en el estado civil de solteros (37,4%). Entre las parroquias del cantón Lago Agrio está Dureno, con una población total a 2001 de 3.019 habitantes, de los cuales 1.602 son hombres y 1.417 son mujeres.

Kichwas de la Amazonía y cofanes

En Sucumbíos conviven cuatro nacionalidades indígenas: kichwas (de la Amazonía), cofanes, secoyas y sionas. En el presente sondeo y por las razones señaladas, se apuntó a los kichwas y a los cofanes (estos últimos con características culturales muy similares a los secoyas y sionas).

Con una población aproximada de 80.000 personas, los kichwas de la Amazonía es la nacionalidad indígena más numerosa de esta región ecológica. Su idioma es el runa shimi o lengua de la gente (de la familia lingüística kichwa pero con características propias de esta región). Respecto a la economía, parte de sus productos son destinados al consumo dentro de su familia y el excedente lo destinan a la venta en el mercado. Sus prácticas tradicionales de subsistencia han sido la caza, la pesca, la recolección y la agricultura intensiva; últimamente han incorporado como nuevas actividades la ganadería y el ecoturismo, que están provocando alteraciones profundas tanto en el ecosistema como en los contenidos de su cultura.

La familia está conformada por grupos de familias extensas o ampliadas llamadas "ayllus", que mantienen relaciones de cooperación y de intercambio de bienes y servicios, materiales y símbolos, a través de redes de parentesco. La familia ha sido tradicionalmente el centro para la socialización de generación en generación mediante la tradición oral, si bien hoy también existe el sistema de educación formal. Los kichwas de la Amazonía, en un mayor porcentaje, estudian en escuelas y colegios laicos, si bien a partir de la implementación de la Educación Intercultural Bilingüe están en un proceso de revitalización del idioma materno y de su propia identidad cultural.

La norma culturalmente establecida con relación al número de cónyuges es la monogamia. En cuanto al tipo de alianza, los matrimonios exógamos (fuera del grupo) con shuar, achuar y de otras nacionalidades es una práctica ancestral entre los kichwas amazónicos, estrategia que les ha permitido extenderse por toda la Amazonía. Además, el matrimonio bilateral entre primos cruzados está permitido.⁹¹ La mayor organización kichwa de Sucumbíos es la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Sucumbíos (Fonakise), con su filial de género Asociación de Mujeres de la Nacionalidad Kichwa de Sucumbíos (Amnkise), muy activa en temas de salud sexual y reproductiva.

Los cofanes (autodenominados *a'i* o "la gente"), cuya lengua originaria es la ainagae (posiblemente vinculada con el grupo lingüístico chibcha), representan en la actualidad un grupo sobre los mil habitantes que viven tanto en territorio ecuatoriano como colombiano.⁹² Se encuentran organizados en las siguientes comunidades ubicadas a la orilla del río Aguarico: Sinangüé, Zábalo, Chandía Na'en, Tayosu Conqqe, Dovuno y Dureno; la unión de ellas ha conducido a la conformación de la Federación Indígena de la Nacionalidad Cofán del Ecuador (Feince), miembro de la Confeniae y de la Conaie.

91 www.codenpe.gov.ec / www.edufuturo.com

92 Su nombre parece tener relación con la clase de paja denominada *cofaje* con que elaboraban sus viviendas.

De forma tradicional, el papel del *curaca* o *tuturica* (jefe y chamán) ha sido decisivo, tanto a nivel religioso como político, y la estructura social de los cofanes se ha basado en la "antia", familia extendida con estructura clánica, cuyos lazos de parentesco se llevan por línea paterna y que anteriormente se concentraba en grandes construcciones ovaladas y con piso de tierra muy parecidas a las *malocas* o casas de habitación colectiva de otros grupos amazónicos. En la actualidad, sus viviendas siguen el estilo de los blanco-mestizos y/o de los kichwas amazónicos. Igualmente, la poligamia antes común se encuentra hoy en desuso.

La economía de subsistencia de los cofanes se ha basado en la horticultura, la caza, la recolección y la pesca. Los huertos (de yuca, plátano y maíz) se localizan río arriba y abajo del poblado y se abandonan aproximadamente cada tres años. La recolección se basa en frutas tropicales, raíces, hojas comestibles y medicinales. En la dieta cofán han sido muy importantes las proteínas provenientes de la caza que incluían numerosas especies comestibles de pájaros, mamíferos, pequeños anfibios y pescados, incluyendo también la "charapa" (tortuga amazónica). Sin embargo, en la actualidad la cacería ha disminuido significadamente debido a la alteración de los bosques tropicales, la colonización y la disminución de los territorios tradicionales.

En las comunidades de Dureno y Zábalo, la población adquiere parte de sus ingresos económicos del turismo, para lo cual elaboran artesanías que son comercializadas periódicamente, mediante la vinculación a empresas nacionales y extranjeras ligadas a esta actividad. Cada centro cofán dispone de una escuela con educación intercultural bilingüe. No existe educación secundaria, los niños que terminan la primaria salen a la parroquia de Dureno (colonos) y San Pablo de Catetsiaya (secoyas) a estudiar la secundaria. En salud funciona un programa de botiquines comunitarios con promotores de salud adiestrados por la misión carmelita. Sin embargo, cabe añadir que en casi todos casos médicos se consulta previamente al chamán.

Servicios básicos como luz, agua y comunicaciones no han sido extendidos a estas comunidades. Con el apoyo de distintas instituciones se han implementado proyectos de energía solar, radiocomunicación y un teléfono satelital en Zábalo. En otras comunidades como Dureno se dispone de pequeñas plantas de luz, sin embargo, su uso es muy restringido porque el costo de combustible resulta elevado. Se procura obtener el agua para consumo doméstico de esteros y acequias relativamente limpios (el río Aguarico y otros tienen alto índice de contaminación).

Cotopaxi

La provincia de Cotopaxi, situada en la región Sierra del centro del Ecuador, se divide en siete cantones: Latacunga, La Maná, Pangua, Pujilí, Salcedo, Saquisilí y Sigchos, y ocupa una superficie de 6.569 km², su capital es Latacunga. Al norte limita con la provincia de Pichincha, al sur con las provincias de Bolívar y Tungurahua, al este con la provincia oriental del Napo y al oeste con la provincia costera de Los Ríos.⁹³ De acuerdo con el último censo de 2001, la población total era de 356.804 habitantes (423.336 proyectado para 2010), de los cuales 262.170 pertenecen al área rural. A nivel provincial, el 61% de las mujeres se autodeclara mestiza y un 33% indígena.

Entre las principales actividades económicas se encuentra el trabajo no calificado al que se dedica el 44% de la población, el 22% se dedica a la agricultura y el 21,4% son trabajadores calificados; luego aparecen los trabajadores de servicios y vendedores con el 10,7%, los oficiales, operarios y artesanos con el 8,2%, y los operadores de instalaciones y maquinaria con el 6,8%. Los demás grupos de ocupación conforman el 8,9% (ECV 2006). Cotopaxi presenta unos altos índices de emigración, tanto hacia otros países como dentro del Ecuador.

La línea de pobreza según NBI (que a nivel nacional alcanza al 45,74% de la población), en la provincia de Cotopaxi, llega al 65%, 73,1% en jóvenes.⁹⁴ Es preciso no perder de vista que la pobreza económica está articulada a variables étnicas y de género. En esta provincia, 254.101 personas tienen insatisfacción en alguna necesidad básica, esto significa el 65% de la población, mientras que el 72% de la población de la provincia declaró ser pobre. El 21,7% de la población es indigente (pobreza extrema), lo que equivale a 84.638 personas. Este porcentaje es muy superior al nacional (12,9%). En lo que respecta a los niveles de distribución de la riqueza, en esta provincia el 32,3% de consumo corresponde al 10% de población más rica y el 1,9% al 10% más pobre (ECV 2006). Es decir, existe una gran desigualdad económico-social.⁹⁵ De acuerdo con el censo 2001, la tasa de analfabetismo en la provincia de Cotopaxi asciende al 14% (43.142 habitantes), mientras que el 55,9% o 172.341 habitantes cuentan con un nivel primario de instrucción. En el área urbana la tasa de analfabetismo es del 4,9% (4.120 personas), mientras que en el área rural es de 17,5% (39.022 personas).

93 www.cotopaxi.gov.ec

94 INEC. *Pobreza y extrema pobreza en el Ecuador (noviembre 2005 - octubre 2006)*. Quito: INEC; 2006.

95 En la provincia de Cotopaxi, los hogares ubicados en los quintiles con menores ingresos económicos apenas llegan a los 200,95 y 341,86 dólares, en cambio los hogares ubicados en el quintil de mejores ingresos ascienden a 1.339,1 dólares (ECV 2006).

Sigchos

Con referencia a la zona objetivo de la investigación, el cantón Sigchos, ubicado al norte de la provincia de Cotopaxi, tiene una población de 20.722 habitantes (25.097 como aproximado para 2010), de los cuales 10.234 son hombres y 10.488 mujeres; 93,9% reside en el área rural y se caracteriza por ser una población joven (de tal modo que el 52,9% son menores de 20 años). Las principales poblaciones que lo conforman son Sigchos, Chugchilán, Isinlivi, Las Pampas y Palo Quemado.

La población económicamente activa (considerada a partir de los 5 años y más) es de 8.367 habitantes. El analfabetismo en este cantón alcanza el 25,6%, el porcentaje de mujeres es el más alto (31%). Este porcentaje en el área urbana se sitúa en el 13,8% y en el área rural alcanza el 26,5%. En el cantón Sigchos el estado civil mayoritario es "casado" con un 49,9%.⁹⁶ La población de la parroquia objetivo del estudio, Chugchilán, asciende a 6.356 habitantes, de los cuales 3.059 (48,12%) son hombres y 3.297 (51,88%) son mujeres.

Kichwas panzaleo

Los panzaleo, denominados también kichwas del Cotopaxi, están asentados en la parte central del callejón interandino, en la parte sur de la provincia de Cotopaxi. Existen varios datos sobre su población según los cuales fluctúa entre los 45.000 y los 72.476 habitantes,⁹⁷ organizada en alrededor de 850 comunidades. Los kichwas panzaleo comparten una serie de características comunes con otros grupos indígenas andinos. Una de las características es vivir en el "ayllu" (familia, comuna o comunidad). La comuna, comunidad o "ayllu" es un modelo de sociedad donde la comunidad y la familia están en mutua correspondencia, puesto que los procesos de socialización son comunes (Sánchez Parga, 2002: 105-106). De este modo, la comuna es una especie de extensión de la familia: aquello que marcaba y aún continúa marcando las relaciones sociales son las reciprocidades y los intercambios que, en tiempos pasados, superaban en gran medida los constreñimientos geográficos y espaciales, logrando ampliar los vínculos familiares más allá del "ayllu".⁹⁸ Sin embargo, esta red de vínculos y compromisos al interior de la comunidad tiende a fragilizarse debido, sobre todo, al fenómeno de la migración.

En el caso de Cotopaxi, la migración indígena (campesina) podría decirse que tiene un rostro masculino y cada vez más precoz. Sin embargo, las secuelas de este proceso migratorio intensivo e incierto lo viven las comunidades en conjunto: la población masculina que queda en las comunidades son viejos o niños de hasta 14 años de edad; mientras que las mujeres no tienen otra alternativa que doblar su trabajo, lo que produce agotamiento y muy probablemente esté relacionado con los altos índices de mortalidad femenina (Weismantel, 1994). De acuerdo con el censo anterior de 1990, en Chugchilán y Zumbahua la población femenina menor de 20 años representaba el 59%, mientras que solo el 7,5% de población femenina rebasa los 50 años (Sánchez Parga, 2002: 22). Por otro lado, siempre de acuerdo al autor citado, los hombres migrantes son explotados y sufren frustraciones añadidas, puesto que el dinero es insuficiente para los gastos básicos, lo que acaba produciendo violencia intrafamiliar y lleva incluso en la actualidad a que varias mujeres no deseen casarse y que vivan una situación de incertidumbre o "soledad" (para tener más autonomía).

Uno de los efectos que trae toda esta dinámica es que, en la actualidad, muchos hombres jóvenes indígenas rechacen y posterguen el matrimonio hasta una edad promedio de 27 años. En el pasado, un hijo o una hija era un motivo por el cual se casaba una pareja y, a través de ellos, sus familias. En la actualidad, en cambio, varias mujeres se sienten frustradas porque no consiguen entablar un compromiso con el padre del bebé. Podría decirse que tanto la precariedad del trabajo asalariado como todo ese contacto con un contexto urbano "moderno" producen expectativas diferentes, cambios en el comportamiento de los hombres. De ahí el alto índice de madres solteras para las parroquias de la provincia que están en la Sierra (21,5% según datos de 1990). De las mujeres que se casan, la gran mayoría (un 37,3%) lo hacen entre los 18 y 19 años de edad y siempre en condiciones de maternidad (Sánchez Parga, 2002: 24), lo que lleva a ver la escolaridad como un factor de postergación del matrimonio.

97 Prodepine, Plan de Desarrollo Local, citado en la web del Codenpe: www.codenpe.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=77&Itemid=114

98 Actualmente, su principal organización asociativa es el Movimiento Indígena y Campesino de Cotopaxi (MICC), afiliado al Ecuarrunari y a la Conaie.

Siguiendo a Sánchez Parga (2002), hay que remarcar que el matrimonio no es la clave para que las mujeres indígenas salgan de la soledad a la que las habría llevado toda esta rápida y forzosa transformación social. A pesar de que se casen siguen solas, encargadas de todas las labores y cuidados. En las comunidades existe una estrategia matrimonial de tipo endogámico:⁹⁹ los matrimonios se celebran entre cónyuges provenientes de la misma comunidad, y virilocal, la mujer se queda viviendo un tiempo en la casa de los suegros con su pareja. Después de esa temporalidad se van a vivir de modo independiente, pero cuando el esposo migra, la esposa se queda trabajando donde sus suegros. Esto no le libera de la soledad mencionada, puesto que esa soledad es el asumir todo el peso laboral, y posiblemente de violencia, sobre sus hombros. Hay que sumar a esto las jerarquías sociales, donde la nuera está en una situación de sumisión ante la suegra (Weismantel, 1994). Mucha de la violencia que sufren las mujeres proviene no solo del marido, sino también de la suegra y del suegro. Por otra parte, las mujeres que no se casan son muy mal vistas y despectivamente denominadas "machonas" (Sánchez Parga, 2002).

Las mujeres en la actualidad cuentan con menos posibilidades de desvincularse de su comunidad, por toda la responsabilidad que el proceso migratorio y el sistema capitalista ha condicionado. Cabe añadir que otra de las responsabilidades que ellas tienen a su cargo es la salud de la población. Ellas se suelen considerar casi "endémicamente" enfermas, lo que se relacionaría con la maternidad, puesto que todos los problemas de salud posteriores se derivan del parto o posparto fundamentalmente. Curiosamente, esta maternidad es lo que las capacita al mismo tiempo como agente curador. Los hombres, por otro lado, casi nunca reconocen haber estado enfermos o las enfermedades sufridas suelen ser minimizadas y fácilmente olvidadas (únicamente se reconocen enfermos cuando no pueden trabajar).

99 Para Sánchez Parga (2002: 125-127), estas estrategias endogámicas deberían ser interpretadas como resistencias a la desestructuración de lo comunal y como un recurso para reafirmar vínculos parentales y comunales. Además, podría estar operando aquí el discurso ideológico cultural que elogia la endogamia en cuanto símbolo del rechazo al mestizaje. La endogamia es ensalzada como una alianza más segura y con mejores condiciones de estabilidad y "buen entendimiento", mientras se denigran las alianzas matrimoniales con "afuereños".

