

Los Factores que Contribuyen a la Alta Incidencia de Embarazos en Tena, Ecuador



11 de Mayo 2007

Por: Emily Harrison
Minnesota Studies in International Development
Fundación CIMAS- Ecuador

Índice

Introducción

I Contexto general

- 1.1 La ciudad de Tena
- 1.2 El Hospital José María Velasco Ibarra
- 1.3 Los números
- 1.4 Dos casos

II La falta de educación sexual o reproductiva

- 2.1 Nivel nacional
- 2.2 Implementación en las escuelas
- 2.3 Estudios anteriores

III Problemas con acceso

- 3.1 El dinero
- 3.2 Acceso en el hospital
- 3.3 Dinámica de poder
- 3.4 Estudios anteriores

IV La cultura

- 4.1 La expectativa a tener hijos
- 4.2 Manifestación del machismo
- 4.3 Falta de otras actividades

V Conclusiones

- 5.1 Medicina Social

Bibliografía

Introducción

Calculamos que en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena hay casi cinco partos cada día.¹ El hospital sirve a toda la población del área y de la ciudad y trata muchos casos diferentes. Lo que es difícil de ignorar es la incidencia tan alta de embarazos. En mi trabajo en el Tena sólo vi los partos de aquellas mujeres que solicitaron los servicios del hospital, pero la gran mayoría de la población es indígena y probablemente haya muchas madres que nunca utilizan la asistencia hospitalaria y dan la luz en casa. Dadas las circunstancias, mis observaciones de la asistencia a mujeres embarazadas fueron limitadas; solamente son significativas de una parte del problema en la comunidad.

Mi punto de vista acerca del hospital se compone de mis propias observaciones y de conversaciones con médicos, pacientes, y miembros de la comunidad. Trabajé en el hospital de Tena durante cinco semanas en muchos de los diferentes departamentos. Observé a los doctores de las unidades de emergencia, ginecología-obstetricia, pediatría, y cirugía; todos los cuales hacen exámenes físicos, diagnostican enfermedades, y tratan con los pacientes. Hablé con los médicos sobre cómo funciona el hospital y sobre las situación de los pacientes. También tuve entrevistas informales con algunos clientes sobre sus vidas y su uso de los servicios del hospital.

Presento aquí un análisis de los factores que contribuyen a la alta tasa de mujeres embarazadas. Propongo las tres razones más significativas: la falta de educación sexual o reproductiva, problemas con el acceso a los servicios del hospital, y expectativas culturales. Este análisis incorpora un estudio de las influencias desde el plano nacional hasta un nivel más individual. Entre la crítica y lo que obstaculiza el desarrollo en esta área, se perciben el poder de la iglesia católica en el gobierno, la falta de implementación de programas de

¹ Estadísticas y información del Hospital José María Velasco Ibarra, Abril 2007

educación sexual en las comunidades, la pobreza de los ciudadanos, las dificultades de acceso al hospital, la desigualdad de poder entre los médicos y pacientes y las cogniciones cotidianas de la gente. La razón por la cual hay tantas mujeres embarazadas es complicada, pero trataré de explicar detalladamente algunos de los factores influyentes.



I Contexto general

1. 1 La Ciudad de Tena

El Hospital José María Velasco Ibarra está ubicado en la ciudad de Tena, la capital de la provincia de Napo. Napo es una de las seis provincias de la Amazonia, o el Oriente del Ecuador. Tena está situada a 186km o cinco horas al sureste de Quito en la confluencia del Río Tena y el Río Pano. Está cerca de 500m sobre el nivel del mar, y con su ubicación en la selva tropical, recibe mucha lluvia cada año. La temperatura promedio del año es de veinticuatro grados centígrados.² Históricamente, la ciudad fue fundada en 1560 como un puesto de intercambio en la Amazonia.³ Hoy la ciudad es el centro comercial y la sede gubernamental de Napo.

En 2001 la población de la provincia era de 79.137 personas, 16.669 de ellas en la ciudad de Tena. La ciudad y la provincia han crecido en los últimos años: la población de 1962 era de 24.253 y de 1.029 en Napo y Tena, respectivamente.⁴ En la provincia hay una gran población de indígenas del grupo Quichua. Según el director del hospital, el 80% de la población de Tena y las áreas aldeanas son indígenas.⁵ La influencia de los nativos es obvia en todas las áreas, por ejemplo en la incorporación de algunas palabras de la lengua Quichua y el consumo de platos típicos, como la chicha. La tasa de analfabetismo es baja, 9,5%. En toda la provincia solo 57,1% de la población completa la escuela primaria, un 22,7% la secundaria, y un 4,9% la educación superior.⁶ En Napo 30.375 personas, o un 38,4% de la población, es económicamente activa; 15.997 de ellos trabajan en el sector

² <www.thebestofecuador.com>, 4 Mayo 2007

³ <www.ecuadorexplorer.com>, 4 Mayo 2007; <www.thebestofecuador.com>

⁴ República del Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censo, 4 Mayo 2007
<<http://www.inec.gov.ec/default.asp>>

⁵ Doctor Patricio Calisto, entrevista personal, 27 Abril 2007

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2007

primario.⁷ Las actividades económicas incluyen la agricultura, la selvicultura, el turismo, la caza y la pesca.⁸

1.2 El Hospital José María Velasco Ibarra

El hospital fue fundado en 1955 y es el único hospital público de la provincia. Aunque hay otros hospitales en el área, como el hospital de la Misión Josefina en Archidona, el Hospital de Tena es el más grande y ofrece los servicios más económicos. Muchos de los servicios son gratis y las madres y los niños menores de cinco años reciben atención gratis debido a la Ley de Maternidad Gratuita. Sin embargo, los pacientes todavía tienen que comprar algunas cosas como sus medicamentos y materiales para los servicios. Existe una oficina de trabajo social que se dedica a ayudar económicamente a los pacientes más pobres. El hospital tiene 120 camas y ofrece las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Ginecología-Obstetricia, Cirugía, y Pediatría. También hay servicios de emergencia. El hospital tiene el nivel de atención más alto de la región. Sin embargo, los casos más complicados son transferidos a Quito.

1.3 Los números

El problema de la incidencia alta de mujeres embarazadas se puede ver en algunas estadísticas. En la provincia el número promedio de hijos por familia es 5,2 en comparación a los 3,4 hijos por familia en el país entero.⁹ Casi la mitad de los casos del hospital en los primeros tres meses del 2007 fueron partos o complicaciones con embarazos.¹⁰ Además, la mayoría de mujeres en la comunidad tienen su primer hijo entre los 17 y 21 años, lo cual significa que las mujeres empiezan a tener relaciones temprano y

⁷ Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2007

⁸ Rocio Sanchez, entrevista personal, Abril 2007

⁹ Doctora Myriam Muñoz, entrevista personal, 23 Abril 2007

¹⁰ Estadísticas del Hospital, 2007

aprovechan muchos años de reproducción.¹¹ También, en Tena hay una tasa muy alta de adolescentes con hijos que, de nuevo, refleja la actitud de relación precoz y alta natalidad.

Los hechos están claros pero es difícil decir si constituye un problema. Tener familias grandes puede ser algo culturalmente normal o, por el contrario, producir algunos problemas con la incidencia de mujeres jóvenes con muchos hijos. En el hospital hemos hecho un estudio informal de mujeres embarazadas y muchas de ellas indican que su embarazo no fue planeado y que no quieren más hijos de los que ya tienen. Es posible que los hijos de familias que han previsto sus embarazos serán mejor cuidados. “Facilitating a woman’s (and her partner’s) ability to have a child when and if she (and they) wants will potentially contribute to her willingness to care for herself and her baby during pregnancy, at the time of birth, and after delivery.”¹² En esta comunidad el factor más importante que contribuye a esta habilidad de cuidar los niños es el dinero. Muchas familias son pobres y muchas mujeres tienen más hijos de los que, dados sus recursos, pueden permitirse.¹³ Entonces es un problema tener muchos niños sin tener dinero suficiente para proveerles con una vida feliz y saludable.

Además del problema de escasos recursos, las mujeres jóvenes con embarazos no planeados se enfrentan otros riesgos. Hay evidencia de que los embarazos no deseados resultan en recién nacidos con menos peso.¹⁴ También, los bebés de mujeres de menos de 20 años corren más riesgo de tener un peso bajo al nacer, aumentando la posibilidad de que el niño muera. Específicamente, hay un 26% de riesgo aumentado de mortalidad

¹¹ Muñoz, 2007

¹² José M Belizán, María L Cafferata, María Belizán, Giselle Tomasso, Beverley Chalmers, “Goals in Maternal and Perinatal Care in Latin America and The Caribbean.” *Birth*, (32)2005.

¹³ Secretaria de Información en el Hospital de Tena, entrevista personal, 26 Abril 2007

¹⁴ Elizabeth Eggleston, Amy Ong Tsui, Milton Kotelchuck, “Unintended Pregnancy and Low Birthweight in Ecuador,” *American Journal of Public Health*, (91)2001.

antes de los cinco años en los recién nacidos con peso inferior.¹⁵ Las mujeres con menos de 20 años y con embarazos no deseados son una gran porción de las madres de la comunidad.

Los números anteriores demuestran que las parejas no usan suficientes anticonceptivos o servicios de planificación familiar. Según otro estudio, las razones por las cuales no se utilizan suficientes anticonceptivos incluyen la falta de información sobre el aparato reproductivo, la falta de apoyo del hombre, la falta del uso de métodos anticonceptivos modernos con preferencia ante los métodos menos efectivos, el uso incorrecto del método, y las esperanzas que no se quedarán embarazadas.¹⁶ Voy a investigar cómo estos factores influyen la incidencia de embarazos en la población que el Hospital de Tena sirve.

1.4 Dos Casos

Más que las estadísticas, cada mujer tiene su propia historia. Los siguientes casos ponen caras a los números abstractos y demuestran que aunque haga generalizaciones sobre las madres en la comunidad, los factores son un poco diferentes para cada mujer. En mis entrevistas con las mujeres me di cuenta que el problema es bien diverso y extenso.

El primer ejemplo es de una mujer de 26 años quien tuvo un embarazo que no deseaba. Había usado inyecciones como método anticonceptivo pero dejaba de usarlas cuando quería intentar tener hijos e intentaba usarlas otra vez después del parto. Las inyecciones costaban cinco dólares por mes y para esta mujer eran eficaces. Ella escogió este método porque su esposo no quería usar preservativos, es decir, condones. No

¹⁵ Heidi Reynolds, Emelita Wong, Heidi Tucker, "Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services In Developing Countries," *International Family Planning Perspectives*, (32)2006.

¹⁶ María Mercedes Lafaurie, Daniel Grossman, Erika Troncoso, Deborah L Billings, Susana Chávez, "Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study," *Reproductive Health Matters*, (13)2005.

entendía el método del ritmo cuando el médico se lo explicó, y también había oído que las pastillas no siempre estaban disponibles en la clínica, mientras que las inyecciones parecían fáciles de conseguir y eficaces.

Otra mujer embarazada ~~que conocí~~ tenía 16 años y vino al hospital con su madre porque estaba en riesgo de aborto espontáneo. Su embarazo no era intencional y ella no había utilizado ninguna forma de protección. Ella asistía a un colegio religioso y allí las monjas impartían educación sexual a través de videos. Según la mujer, los videos tenían información sobre condones y abstinencia. Aunque recibió esta información, la mujer nunca usaba protección con su novio de nueve meses. Unas de sus amigas habían estado embarazadas y habían obtenido abortos electivos; por eso ella conocía muy bien las consecuencias de mantener relaciones sexuales sin anticonceptivos. Aun así, no los usó.

II La falta de educación sexual o reproductiva

Entre los dos casos, las estadísticas, y otras conversaciones que tuve, llegué a la conclusión de que predominan la influencia de los siguientes tres factores: la falta de educación sexual o reproductiva, la falta de acceso a métodos anticonceptivos, y la cultura. Primero, propongo que el sistema educativo, desde un nivel nacional y político hasta la implementación en las escuelas, no proponen un apoyo suficiente, lo cual es un factor que contribuye a la incidencia alta de embarazos. El conocimiento de los métodos de anticoncepción y las consecuencias de una vida sexual son pasos importantes para evitar embarazos que no son deseados ni planeados.

2.1 Nivel nacional

Las leyes que lidian con las obligaciones de enseñar clases de educación sexual o reproductiva tienen su origen en el foro político. En Ecuador, la iglesia católica tiene mucho poder en el gobierno y puede influir en el proceso de imponer estas leyes de educación.¹⁷ En general, la iglesia tiene ideas más conservadoras sobre la educación sexual y ha amenazado a políticos y miembros de discusiones sobre la salud reproductiva con excomulgación.¹⁸ Aunque esta evidencia de coerción no existe específicamente para el Ecuador, demuestran que la posición de la iglesia es fuerte y puede ejercer su control sobre el gobierno.

En las clases de educación sexual o reproductiva, la iglesia católica prefiere enseñar solo sobre la forma biológica, es decir, el ritmo.¹⁹ Este enfoque no confronta otros problemas del sexo y las consecuencias son embarazos y enfermedades de transmisión sexual. No enseñan otros métodos ni aparatos anticonceptivos. La iglesia cree que es la responsabilidad de los padres, no de las escuelas, de enseñarles a los niños sobre el sexo y el valor de la familia.²⁰ También la iglesia tiene miedo de que la introducción de información sobre anticonceptivos pueda aumentar el uso de la pastilla del día después y producir abortos. Estas alternativas no sientan bien en los ideales de la iglesia donde se especula que la vida empieza con la concepción y debe ser protegido desde ese momento. Por eso proponen que la educación sexual tiene que ser omitida del currículo en las instituciones de aprendizaje.

¹⁷ Jerry L Weaver, "The Politics of Latin American Family-Planning Policy." *The Journal of Developing Areas*, (12)1978.

¹⁸ Joanne Mariner, "Latin America's Abortion Battles; Advocates for Women's Rights Sense Progress in the Ongoing Battle for Better Reproductive Health Care Services." *Conscience*, (26)2005.

¹⁹ "El ecuatoriano no sabe hablar de sexualidad." *El Comercio*, 1 enero 2007.

²⁰ "Aún falta educar a los jóvenes." *El Comercio*, 10 diciembre 2007.

En el foro nacional, los políticos hablan de “la santidad de la familia,” una actitud que limita la educación sexual o reproductiva.²¹ Hay algunos argumentos para controlar el número de nacimientos, pero “la santidad de la familia” siempre gana en importancia para los políticos. Una consideración es que una tasa de nacimientos muy alta pueda adelantarse al crecimiento de la economía y, por siguiente, aumentar la pobreza. Otro argumento es que el desarrollo de la clase baja sin planificación familiar amenaza los intereses de las clases medias y altas.²² A pesar de estas consideraciones el gobierno sigue sin educación sexual o reproductiva. Se nos recuerda que, “Foxes generally advocate for large families of rabbits,” significando que los oligarcas como el gobierno del Ecuador durante muchos años normalmente prefirió poblaciones grandes, pobres, y sin mucha educación para controlarlas mejor.²³

2.2 Implementación en las escuelas

Aunque la iglesia católica y los políticos han tenido mucho éxito en su lucha contra la educación reproductiva, sin embargo existen algunas leyes que la permiten. En 1998 una ley que requiere la educación reproductiva en las escuelas fue aprobada en el gobierno, pero todavía en 2007 hay argumentos sobre como implementarlas.²⁴ En actualidad las leyes no son implementadas en las escuelas y las clases formales de reproducción no están incluidas en el currículo. La educación sexual que hay en las comunidades es bien limitada; se presenta información sobre reproducción dentro de familias estables y los “peligros” de la sexualidad.²⁵ Específicamente en Tena y en las comunidades del hospital, les serviría a muchas mujeres que no saben sobre el sexo y las consecuencias al empezar su

²¹ Weaver, 1978

²² Ibid.

²³ Ibid.

²⁴ *El Comercio*, 1 enero 2007.

²⁵ Ana Jurado, “Adolescentes del Cantón Pedro Moncayo; Estudio de las representaciones y practicas alrededor de la sexualidad y el embarazo precoz.” *Epi-Ethno Santé*, Febrero 2007.

vida sexual.²⁶ Esto indica que hay una falta grave de información suficiente para los jóvenes. La incidencia de embarazos (muchos que no son deseados) demuestra que los padres no pueden llevar toda la responsabilidad para educar a sus hijos sobre el sexo. La manera más eficaz para enseñar a la población es con educación sexual que este presentada en una forma formal.

2.3 Estudios anteriores

Predigo que la educación sexual o reproductiva va a tener un impacto positivo en la tasa de embarazos porque ha habido ejemplos de éxito con otros programas similares. Estudiantes de una escuela secundaria en Nueva York, menores de 15 años, participaron en un programa de educación sexual y de abstinencia. Según el estudio, antes de la implementación del programa, solo el 11% de los participantes usaban anticonceptivos en comparación con el 76% que los usaban después.²⁷ Aunque este estudio fue realizado en los Estados Unidos entre una cultura diferente, hay algunas similitudes entre la población ecuatoriana y la población de Nueva York. Las dos poblaciones son jóvenes y también son activas en la vida sexual; indicando que es posible el éxito de la educación sexual entre la población de jóvenes—como son muchas de las madres en la comunidad de Tena. Entonces puede ser implementado en Ecuador.

Aunque hay estudios que demuestran la utilidad de educación sexual en las escuelas, existen otros que plantean la duda sobre esta solución. Un estudio que observaba mujeres embarazadas en un programa de educación durante del embarazo reveló que el programa no tuvo efecto en el proceso del parto. El resultado biológico del parto fue el

²⁶ Secretaria de Información en el Hospital de Tena, 2007

²⁷ Peter Chedraui, “Determinant factors in Ecuador related to pregnancy among adolescents aged 15 or less.” *Journal of Perinatal Medicine*, (32)2004.

mismo con las mujeres quienes habían recibido la información y las que no.²⁸ Estos números indican que la conducta de las mujeres es una consecuencia de las experiencias y las influencias culturales más que de la información nueva a la que puedan acceder. El estudio se trataba de los partos y las conductas de las mujeres durante este tiempo tan sensible. Es posible que las mujeres estén más abiertas a sugerencias para tener un embarazo y un parto sano durante estos meses. Probablemente, sería más difícil cambiar las ideas sobre la maternidad, el sexo y la edad del comienzo de la actividad sexual que son una parte más de la cultura y no son situaciones tan urgentes para las mujeres.

Los dos estudios contradictorios expresan que la aumentación de programas educativos no va a arreglar todo el problema de los embarazos. Realmente, el problema es más complicado; la falta de educación es uno, pero no es el único factor que cause todos los embarazos. Los estudios demuestran que aunque la educación puede hacer más accesible la información sobre los anticonceptivos, creencias anteriores están demasiado integradas en la cultura y representan resistencia contra algunas ideas de planificación familiar. Regresaré al impacto de la cultura en la incidencia de los embarazos más tarde.

III Problemas con acceso

Otro factor que aumenta la incidencia tan alta de embarazos en la comunidad es el problema del acceso a servicios de prevención. Si las mujeres tuvieran la información o el deseo de recibir anticonceptivos, deberían de haber lugares donde los pueden conseguir de manera fácil, rápida y eficaz. El hospital no apoya toda la población con los servicios por tres razones: la escasez del dinero, el acceso a la clínica y la dinámica del poder.

²⁸ José Belizán, Fernando Barros, Ana Langer, Ubaldo Farnot, Cesar Victora, José Villar. "Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (173)1995.

3.1 El dinero

Por La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, los servicios para todas las mujeres en edad fértil deben ser gratis. Oficialmente, las formas de anticonceptivos—incluyendo las pastillas, los preservativos, las inyecciones y los dispositivos intrauterinos (la T)—no cuestan nada en las clínicas ni en el hospital; pero en realidad es común tener que pagar por ellas. Como se menciona, una mujer nos dijo que paga cinco dólares mensuales por la inyección.²⁹ He oído de muchas mujeres para quienes los servicios de planificación familiar no son completamente gratis, como exige la ley. Cualquier costo por los anticonceptivos puede ser significativo para las mujeres pobres que tienen niños en su cuidado. También oí que hay una clínica que normalmente ofrece las píldoras gratis pero a veces no hay suficientes. Aunque exista el interés, el tiempo, y los recursos para tratar de conseguir anticonceptivos, el sistema de salud es el problema.

Según las estadísticas de todo el país, 60.8% de la población rural vive en la pobreza.³⁰ En la provincia de Napo, donde un 67.5% de las personas viven en áreas que están clasificados como rurales, el número de personas que sufren de la falta de recursos económicos es alto.³¹ Específicamente, la situación económica es obvia en el número de personas que piden asistencia económica para pagar los servicios del hospital. En los tres primeros meses de 2007, de los 1000 pacientes atendidos, 250 recibieron apoyo financiero; es decir que el 25% de la población que busca servicios en el hospital no tiene suficientes recursos para cubrir los gastos de éste.³² Esta estadística no incluye a todas las personas que pidieron ayuda económica de la oficina de la seguridad social y no la

²⁹ Entrevista personal, 11 Abril 2007

³⁰ Naomi Schoenfeld, Teresa Juarbe. “From Sunrise to Sunset: An Ethnography of Rural Ecuadorian Women’s Perceived Health Needs and Resources.” *Health Care for Women International*, (26)2005.

³¹ Instituto Nacional de Estadista y Censo, 2007

³² Sanchez, 2007

recibieron, o a pacientes que no la pidieron pero aún así no tenían recursos suficientes.

Dado la situación económica de muchos de los pacientes es difícil, uno se puede imaginar que las mujeres preferirían gastar su dinero en situaciones más inmediatas y graves en vez de planificación familiar, que es un servicio preventivo y casi un lujo.

3.2 Acceso al hospital

Otro aspecto de acceso es si la población puede usar los servicios en una manera conveniente y eficaz. El hospital ofrece todos los servicios de planificación familiar y anticonceptivos, pero los pacientes confrontan obstáculos para obtener acceso a ellos. En un estudio sobre control prenatal inadecuado se observaron las dificultades económicas, la necesidad de cuidar otros hijos, las dificultades con la transportación y las esperas en colas como obstáculos para tener servicios.³³ Estas mismas condiciones afectan a las mujeres en Tena y las comunidades de los alrededores.

La primera dificultad es que el hospital se llena mucho durante el día. Una mujer nos explicó que es mejor ir por la noche a emergencias porque las colas para ver un médico en consulta externa siempre son demasiado largas. He observado que el hospital está muy ocupado durante el día con pacientes que llegan muchas horas antes de que los servicios abran para esperar su turno.

Otro problema es el transporte. Con el alto porcentaje de personas que viven en áreas rurales hay dificultades técnicas con acceder al hospital. Existe un sistema de buses que sirve la zona alrededor de Tena y las comunidades más lejanas, pero muchos de los caminos son peligrosos o carecen de pavimento. Las tormentas y la lluvia, que son comunes en esta región, pueden destruir los caminos o causar problemas con los buses.

³³ I. Paredes, L. Hidalgo, P. Chedraui, J. Palma, J. Eugenio “Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women” *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, (88)2005.

En un sentido más básico también, los viajes largos al hospital público en Tena convencen a mucha de la población lejana no ir a demandar sus servicios.

Las dificultades de las largas colas y la transportación se hacen más problemáticas cuando las mujeres tienen otras responsabilidades en la casa. Hay mujeres que quieren anticonceptivos pero tienen hijos que necesitan cuidar y es casi imposible traer a toda la familia al hospital para un control. Otras responsabilidades de la casa, aparte de los hijos, que las mujeres no pueden abandonar, incluyen: la necesidad de cocinar y proporcionar comida a toda la familia, limpiar la casa, y trabajar para ganar un sueldo, un día perdido para ir al hospital o una clínica es un día sin ingresos. Enfrentadas con estas barreras, muchas mujeres eligen no ir al hospital para proveerse de anticonceptivos.

3.3 La Dinámica de Poder

El tercer obstáculo para las mujeres en conseguir los servicios anticonceptivos es la desigualdad de poder en los hospitales. Los médicos tienen todo el control sobre los pacientes. Esto se convierte en una situación difícil para las mujeres ya que se les limita la habilidad de obtener los servicios que necesitan. Las condiciones de poder en el hospital fueron muy obvias a mis ojos y considero que tienen un impacto real en el acceso a los servicios. En los Estados Unidos, en la relación médico-paciente, el paciente tiene mucho control durante la visita al hospital o la clínica; aunque el doctor sea profesional y maneje el tratamiento, el paciente es un participante también. Normalmente los médicos respetan mucho a los clientes. La actitud que tienen los médicos en el hospital de Tena es muy diferente. En general, el sistema de salud en América Latina tiene un enfoque en el médico. El doctor es omnipotente y paternalista, la mujer o paciente pasiva y

dependiente.³⁴ Por ejemplo, frecuentemente observé que los médicos no hablaban con sus pacientes durante los turnos, no miraban a los pacientes en sus ojos, no cerraban la puerta durante el examen físico, eran indiferentes al dolor o a las emociones de los pacientes y no explicaban el tratamiento o el estado de la salud del paciente. También el tono de voz de los médicos cuando hablaban con los clientes era condescendiente y autoritativo. El desequilibrio de poder crea una situación donde es difícil para las mujeres pedir información a los médicos y conseguir los servicios que quieren o que necesitan. Hablé con una mujer bien educada y articulada, que fue al hospital y recibió información sobre el método del ritmo pero no la entendió. No pudo conseguir clarificación sobre como este método funciona y por lo tanto la información era inútil.

Otra dinámica que complica la relación entre los médicos y los pacientes es la discriminación contra los indígenas en la comunidad. Los doctores son mestizos pero el 80% de los usuarios son indígenas. En la comunidad hay mucho racismo que se infiltra en el hospital. Por ejemplo, un niño indígena de cuatro años murió durante una operación y la familia quedó muy frustrada porque pensaban que los cirujanos no le dieron el mejor tratamiento por ser indígena. Esta incidencia indica que la tensión del racismo es una consideración real en el cuidado de los indígenas en el hospital. Específicamente, con respecto a las mujeres y los embarazos, los médicos no valoran los pensamientos de las indígenas y esto aumenta la desigualdad de poder. También dentro de la cultura indígena hay una falta de acceso de educación formal que amplifica el desequilibrio de autoridad entre los doctores y pacientes.³⁵ Generalmente, las mujeres con menos educación son más

³⁴ Belizán, 2005

³⁵ Pan American Health Organization, "La Salud en Las Americas" *Publicación Científica de la OPS No. 569*, 1998.

tímidas frente del profesional educado y poderoso. Expectativas culturales obligan a las mujeres indígenas a ser más pasivas y rendirse ante el control en el hospital.

La incapacidad de las mujeres de tener una relación abierta con su médico tiene implicaciones reales en el acceso a la planificación familiar. Hay evidencia de que la gente sigue las recomendaciones de los doctores de mejor manera si la atención médica es buena, respetuosa y satisfactoria.³⁶ No es suficiente sólo ofrecer los servicios de anticoncepción, porque existe la posibilidad de que las mujeres no vayan a utilizar los consejos por falta de comprensión o sentimientos de insatisfacción.

3.4 Estudios anteriores

Hay algunos estudios que evalúan el acceso a los servicios de unos hospitales en Latinoamérica. Uno trataba del efecto de un programa de servicios de anticoncepción gratuito en un grupo de adolescentes. Cuando no había consideraciones económicas, las adolescentes buscaban los servicios de planificación familiar, lo que sugiere que el dinero es un obstáculo real para muchas mujeres.³⁷ Con respecto a las otras barreras al acceso, otro estudio sobre el impacto de servicios de salud sobre madres e hijos dice que la utilización de anticonceptivos es más alta cuando hay mejor acceso a centros de salud privados. No se ve una conexión entre el uso de anticonceptivos y acceso a lugares públicos de planificación familiar.³⁸ Esta observación es interesante y puede indicar que hay una diferencia entre la calidad de servicios en las clínicas privadas y públicas. Imagino que los servicios privados no sirven a tantas personas por motivos de dinero y por lo tanto

³⁶ Belizán, 2005

³⁷ Liesbeth Meuwissen, Anna Gorter, Arnold Kester, and J A Knottnerus, "Can a comprehensive voucher programme prompt changes in doctors' knowledge, attitudes and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America" *Tropical Medicine and International Health*, (2)2006.

³⁸ David Hotchkiss, Jeffery Rous, Eric Seiber, Andrés Berruti. "The Influence of Maternal & Child Health Service Utilization & Access to Private Sector Family Planning Services on Subsequent Contraceptive Use: A Multicountry Study" *Commercial Market Strategies: Technical Paper Series No. 5*, 2002.

la atención es mejor. El estudio es una indicación de que tener acceso a medicina de calidad es más efectivo; cuando las mujeres están contentas con los servicios, los usan.

IV La Cultura

El último componente que contribuye a los embarazos es la influencia de la cultura. Hay diversas maneras en que la cultura tiene un impacto, desde las expectativas culturales de tener hijos, hasta la falta de otras cosas que hacer en Tena. La discusión de factores culturales es la más difícil en definir con datos concretos. No hice una investigación etnográfica en una forma formal y extensiva por la falta de tiempo. Por lo tanto, todo lo que se presenta a continuación proviene de mis propias observaciones y conversaciones informales con varias personas del hospital y la comunidad. Es importante recordar que todas las opiniones de la gente con quien hablé eran influenciadas por su propia vida y perspectivas. El personal del hospital y miembros de la comunidad son mestizos (o colonias), una población que me pareció racista; la trabajadora social y la trabajadora de salud pública, supuestamente las defensoras de las pacientes indígenas, hablaban con trasfondos de discriminación. En las conversaciones con las mujeres embarazadas, muchas estaban tímidas y pasivas. Es posible que por esta dinámica de poder entre ellas y yo, las mujeres no me dijeran la verdad completa.

Otra consideración en la discusión de la cultura es quién fue tratado. La cultura nativa es distinta a la cultura mestiza y hay diferentes pensamientos [creencias?] en las dos sobre el sexo, el rol de la mujer en la familia, y los hijos. La mayoría de la gente en Tena y alrededor de la ciudad es indígena. Entonces, para hacer más sencilla la discusión, voy a considerar las dos culturas juntas. Existe el riesgo de hacer generalizaciones incorrectas, pero, porque los indígenas son un grupo muy grande, las conclusiones todavía tendrán

sentido. También, no tenía yo la capacidad de diferenciar si los comentarios de la gente sobre el impacto de la cultura se trataban de los indígenas o de los mestizos.

4.1 Expectativas de tener hijos

Según la trabajadora de salud pública del hospital, la incidencia alta de los embarazos en Napo se debe a que la población es muy nativa, y ellos tienen creencias culturales sobre los embarazos, la maternidad, y los hijos.³⁹ En la cultura indígena, ser madre es parte de la responsabilidad de ser una mujer. Entonces, las mujeres quieren tener hijos. La cultura, en la forma de los esposos y los padres, anima a las mujeres a tener muchos bebés.

Otro factor que empuja a las mujeres a embarazarse es la influencia de tradiciones o expectativas familiares. En las entrevistas que hice, muchas de las madres de las mujeres tuvieron hijos cuando tenían la misma edad. Es decir que si la madre dio luz a su primer bebé cuando tenía 18 años, su hija tendrá su primer bebé alrededor de los 18 años también. La investigación que hice no fue científica y esto sólo es una observación. Es posible que el patrón exista porque las mujeres sienten presión o heredan los valores de sus familias para tener hijos.

4.2 Manifestación del machismo

El machismo, o el poder de los hombres sobre las mujeres, es una característica de la cultura mestiza e indígena. Existe la mentalidad de que las mujeres son más débiles y necesitan el apoyo de un novio o esposo con autoridad fuerte para sobrevivir. En las comunidades indígenas la misma calidad de machismo existe, en que los hombres dictan a

³⁹ Muñoz, 2007.

las mujeres cómo vivir.⁴⁰ En las familias o relaciones personales, los embarazos son una manifestación de la cultura del machismo.

Primero, las mujeres tienen toda la responsabilidad de la planificación familiar.⁴¹ No era común en el hospital encontrar una mujer quien me dijera que su novio o esposo era quien compraba los preservativos y siempre quería usarlos. Por el contrario, ellas dicen que su compañero nunca quería utilizar los condones y ellas necesitan protegerse a sí mismas si no querían quedarse embarazadas. La realidad de que los hombres no se hacen responsables de comprar anticonceptivos refleja el machismo de esta cultura. Ellos les dan todo el trabajo de evitar las consecuencias no deseadas a las mujeres. Con todos los obstáculos que se notan anteriormente, conseguir anticonceptivos solas puede ser difícil.

Además, las mujeres llevan casi toda la obligación de cuidar a los hijos. En mis conversaciones con las madres, ellas comentaron que tienen el apoyo de su esposo y familia con los niños, pero la realidad que vi es un poco diferente. Si el padre está presente en la vida de los niños, la madre todavía es la persona más central en el cuidado de éstos, desde la preparación de la comida hasta la limpieza de la ropa. Para enfocarse en la vida de sus hijos, las madres tienen que sacrificar su educación y sus propios planes para el futuro. En un estudio de madres jóvenes en un colegio del Pedro Moncayo, el 60% de las adolescentes embarazadas no habían terminado los estudios.⁴² La expectativa de que las madres van a dedicar su vida a cuidar a sus hijos, pero sus compañeros pueden seguir con sus planes, es un ejemplo claro del machismo. Las madres son las que tienen que vivir con las consecuencias del sexo sin protección pero los hombres no participan en el proceso de conseguir anticonceptivos.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Secretaria de Información en el Hospital de Tena, 2007.

⁴² Jurado, 2007

4.3 Falta de otras actividades

Escuché de algunas personas que la razón por la cual hay tantos embarazos es porque no hay nada que hacer en Tena o las comunidades cercanas, más que tener hijos y empezar una familia. Un hombre me explicó que los jóvenes solo miran televisión y cuando se aburren, se dedican a tener sexo con sus mujeres y tener hijos.⁴³ Otra mujer del hospital me dijo que porque no hay cines, parques, ni otras formas de diversión, las chicas se divierten con la televisión, los bares, y los hombres. Como se indica antes, ella expresó que las chicas tienen sexo y se embarazan sin pensarlo. Esta mujer también señaló que muchas jóvenes faltan expectativas amplias para el futuro, con lo cual no se preocupan si se quedan embarazadas o tienen muchos hijos.⁴⁴ En la comunidad pocos asisten a la universidad o continúan con los estudios. Sus expectativas por si mismo quedan limitadas, así que siguen con la procreación y llegan a tener familias grandes. Los otros factores explican las razones más fundamentales de los embarazos. La falta de actividades crea el tiempo y la mentalidad adecuada para tener sexo sin pensar en las consecuencias.

V Conclusiones

Después del análisis de la situación de los embarazos, falta una pregunta que contestar: ¿Hay alguna solución al problema? Los embarazos son un producto de la combinación factores variados entonces es imposible identificar una solución sencilla. Nadie tiene la culpa—las madres sin información, acceso, o apoyo de sus compañeros; ni los esposos y novios quienes siguen con sus expectativas culturales; ni los médicos que piensan que la calidad de su atención es suficiente; ni los maestros quienes no tienen los

⁴³ Luis Pérez, entrevista personal, Abril 2007

⁴⁴ Secretaria de Información en el Hospital de Tena, 2007

recursos para enseñar sobre la reproducción; ni la iglesia católica con las opiniones en contra de la anticoncepción. Debe haber un esfuerzo para bajar el número de parejas que tienen relaciones sexuales sin protección y hay que reconocer y validar todos los aspectos del problema.

5.1 Medicina Social

Hay una teoría bien conocida en América Latina que habla de la importancia de tomar un enfoque integrado en el tratamiento de las enfermedades. Los orígenes de esta teoría de medicina social vienen de Europa con la influencia particular de un alemán, Rudolf Virchow. Él creía que las ciencias y la medicina científica no deben estar desconectadas de la realidad sociopolítica.⁴⁵ Virchow nota la importancia de las raíces históricas y materiales y los factores sociales que previenen prevención en el tratamiento médico.

Los pensamientos de Virchow nos dan un marco muy útil con respecto a la situación en Tena. He identificado los factores que contribuyen a la situación de embarazos en la comunidad; todos están relacionados con las realidades socio-culturales, económicas, y políticas. Según la teoría de medicina social, estos factores no pueden ser ignorados en un programa de prevención y tratamiento efectivo para solucionar el problema de la alta incidencia de embarazos.

⁴⁵ Howard Waitzkin. "One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Virchow's Lasting Contributions to Social Medicine" *Classics In Social Medicine*, (1)2006.

Bibliografía

- “Aún falta educar a los jóvenes.” *El Comercio*, 10 diciembre 2007.
- Belizán, José M, María L Cafferata, María Belizán, Giselle Tomasso, Beverley Chalmers. “Goals in Maternal and Perinatal Care in Latin America and The Caribbean” *Birth* (32) 2005.
- Belizán, José, Fernando Barros, Ana Langer, Ubaldo Farnot, Cesar Victora, José Villar. “Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (173)1995.
- Chedraui, Peter. “Determinant factors in Ecuador related to pregnancy among adolescents aged 15 or less” *Journal of Perinatal Medicine* (32)2004.
- Doctor Patricio Calisto, entrevista personal, 27 abril 2007.
- Doctora Myriam Muñoz, entrevista personal, 23 abril 2007.
- Eggleston, Elizabeth, Amy Ong Tsui, Milton Kotelchuck. “Unintended Pregnancy and Low Birthweight in Ecuador” *American Journal of Public Health* (91)2001.
- “El ecuatoriano no sabe hablar de sexualidad.” *El Comercio*, 1 enero 2007.
- Entrevista personal, 11 abril 2007.
- Estadísticas y información del Hospital José María Velasco Ibarra, abril 2007.
- Hotchkiss, David, Jeffery Rous, Eric Seiber, Andrés Berruti. “The Influence of Maternal & Child Health Service Utilization & Access to Private Sector Family Planning Services on Subsequent Contraceptive Use: A Mutlicountry Study” *Commercial Market Strategies: Technical Paper Series No. 5* 2002.
- Jurado, Ana. “Adolescentes del Cantón Pedro Moncayo; Estudio de las representaciones y practices alrededor de la sexualidad y el embarazo precoz” *Epi-Ethno Santé* febrero 2007.
- Lafaurie, María Mercedes, Daniel Grossman, Erika Troncoso, Deborah L Billings, Susana Chávez. “Women’s Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A Qualitative Study” *Reproductive Health Matters*, (13)2005.
- Mariner, Joanne. “Latin America’s Abortion Battles; Advocates for Women’s Rights Sense Progress in the Ongoing Battle for Better Reproductive Health Care Services.” *Conscience*, (26)2005.
- Meuwissen Liesbeth, Anna Gorter, Arnold Kester, and J A Knottnerus. “Can a comprehensive voucher programme prompt changes in doctors’ knowledge, attitudes and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America.” *Tropical Medicine and International Health*, (2)2006.

Pan American Health Organization. "La Salud en Las Americas" *Publicación Científica de la OPS No. 569* 1998.

Paredes, I, L. Hidalgo, P. Chedraui, J. Palma, J. Eugenio. "Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women," *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, (88)2005.

Pérez, Luis. entrevista personal, abril 2007.

República del Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censo, 4 mayo 2007
<<http://www.inec.gov.ec/default.asp>>

Reynolds, Heidi, Emelita Wong, Heidi Tucker. "Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services In Developing Countries" *International Family Planning Perspectives* (32)2006.

Sanchez, Rocio. entrevista personal, abril 2007.

Schoenfeld, Naomi, Teresa Juarbe. "From Sunrise to Sunset: An Ethnography of Rural Ecuadorian Women's Perceived Health Needs and Resources" *Health Care for Women International* (26)2005.

Secretaria de Información en el Hospital de Tena, entrevista personal, 26 abril 2007.

Waitzkin, Howard. "One and a Half Centuries of Forgetting and Rediscovering: Vrichow's Lasting Contributions to Social Medicine" *Classics In Social Medicine*, (1)2006.

Weaver, Jerry L. "The Politics of Latin American Family-Planning Policy" *The Journal of Developing Areas* (12)1978.

<www.ecuadorexplorer.com>, 4 mayo 2007.

<www.thebestofecuador.com>, 4 mayo 2007.