

Mónica Esmeralda Vásquez Quezada

Pluralismo médico y parto biomédico en la maternidad Isidro Ayora de Quito



FLACSO
ECUADOR

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 323 8888
Fax: (593-2) 323 7960
www.flacso.org.ec

ISBN: 978-9978-67-379-9
Diseño de portada e interiores: FLACSO
Imprenta: V&M Gráficas
Quito, Ecuador, 2013
1ª. edición: marzo de 2013

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo, de Flacso-Sede Ecuador.
Autora: Mónica Esmeralda Vásquez Quezada
Asesora: Mercedes Prieto

Índice

Agradecimientos	8
Capítulo I	
Introducción	9
Metodología	16
Inconvenientes y ajustes en el trabajo etnográfico	18
Discursos	18
Prácticas o interacciones	19
Agencia y diversidad	20
Sinopsis	21
Capítulo II	
El imaginario maternal	23
Discursos maternos y la crítica feminista	24
Construcción de la maternidad en América Latina	26
Instalación del parto biomédico en los Andes	28
Obstetricia y disciplinamiento violento	30
El parto: entre la higiene y el riesgo	37
Otras formas de parto	38
Tensiones en la atención del parto	41

Capítulo III	
El parto en la maternidad Isidro Ayora de Quito.	43
Disciplinamiento maternal	44
Antecedentes	45
La Maternidad	49
El ingreso al centro obstétrico	51
Sala de dilatación	52
El corredor: camino a la sala de expulsivo	54
En la sala de expulsivo	56
La práctica frente a las normas	57
La experiencia personal de los médicos	59
Parto cultural: mirada desde los médicos	61
El parto: escenario de disciplinamiento.	63
Capítulo IV	
Paradojas en la atención del parto	66
Pluralismo médico	67
Devaluación del parto tradicional.	69
Legitimación del parto biomédico	81
Pluralismo médico y disputas médicas en la atención del parto	93
Capítulo V	
Formas de violencia	96
Modelo biomédico y violencia	96
Atención del parto: violencia y negociaciones de las mujeres.	99
Conclusiones	111
Capítulo VI	
Conclusiones: El parto y el sujeto mujer-madre	114
Disciplinamiento maternal.	115
Violencia en la atención del parto en La Maternidad	116
Pluralismo y disputas médicas	119
Las políticas frente a las formas de parto.	122
Bibliografía	126

*A mis queridos padres, Esmeralda y Néstor.
A mi compañero en la distancia, David.*

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas que contribuyeron para la realización de este trabajo investigativo. En especial a mi profesora Mercedes Prieto, quien durante mis estudios en la maestría en género y desarrollo me guió y me entregó su interés y sus valiosos conocimientos. A Bárbara Grünenfelder y a Raúl Mideros por sus valiosas sugerencias como lectores de tesis. A las mujeres usuarias de La Maternidad Isidro Ayora de Quito que generosamente compartieron conmigo sus experiencias de parto; principalmente a Aida quien me abrió las puertas de su casa. Agradezco a mi familia, en especial a mi madre, mi padre, mis hermanos y mi tío Hugo, quienes me animaron a culminar mis objetivos. A David, quien desde la distancia me hizo algunas sugerencias. A Yolanda, quien me colaboró con las impresiones de la tesis. A Marlon Cadena y Fernando Sancho por los textos recomendados. Al Dr. Humberto Navas, director de La Maternidad.

Gracias a todos, este trabajo investigativo, finalizado y entregado en el Programa de estudios de Género y la Cultura en julio de 2011—aunque por razones que escapan a mis manos su publicación sea muy posterior—, fue reconocido por FLACSO como *la Mejor Tesis producida en todos los Programas de Maestría en el año 2011*. Dedico esta distinción a la libertad de pensamiento y al respeto y valoración del trabajo ajeno.

Capítulo I

Introducción

La presente investigación nace de la reflexión en torno a un evento que observé mientras era parte de un grupo de internado rotativo de la carrera de medicina general: una mujer, de aproximadamente 45 años de edad, ingresó a la Maternidad Isidro Ayora de Quito (en adelante La Maternidad) con diagnóstico de embarazo a término. La mujer, a quien llamaré María, tenía siete embarazos anteriores. Todos los partos los había tenido en su domicilio, con la ayuda de una comadrona y de sus familiares, aparentemente sin complicaciones. Para el octavo parto, una de sus hijas mayores, que trabajaba en la ciudad de Quito en el servicio doméstico, la convenció de acudir a La Maternidad. Ya en el hospital, luego de los exámenes correspondientes, el personal médico suponía que el parto sería rápido y fácil (sin obviar los factores de riesgo que presentaba). Luego del análisis de los signos y síntomas se decidió pasarla a la sala de partos por considerar la cercanía de la expulsión fetal. El médico de turno procedió al lavado quirúrgico y se colocó la bata respectiva. María fue acomodada en una camilla en posición supina (boca arriba) y cubierta con los campos estériles. Inesperadamente surgió un problema: pujaba pero no podía terminar el parto. La insistencia del personal y las maniobras aplicadas por el médico no la ayudaron. Debido al tiempo que llevaba pujando y los riesgos que esto implicaba para el feto, el obstetra ordenó la preparación de la sala de quirófano para una cesárea urgente. El personal se dispuso a pasar a María a otra camilla para llevarla

al quirófano; pero ella, precipitadamente, se bajó de la camilla, se puso en cuclillas y dio a luz en el piso de la sala estéril.

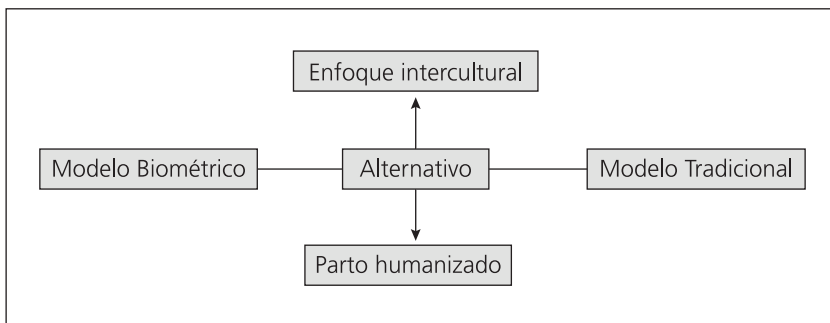
Este hecho nos plantea las siguientes reflexiones: en primer lugar, identificamos una tensión entre la excesiva intervención médica y las formas tradicionales de cuidados en el parto; en segundo lugar, nos recuerda que los sectores más pobres del país, de los que forman parte varias poblaciones indígenas, presentan gran cantidad de partos domiciliarios atendidos con prácticas tradicionales. Sobre el segundo punto, las estadísticas del MSP (2009) señalan una gran diferencia en la atención del parto por profesionales de la salud entre la zona urbana y la rural, siendo del 96% y del 67,5%, respectivamente. Para las autoridades de salud, esta baja cobertura institucional es la principal causa de las elevadas tasas de mortalidad materna, correspondientes al 47,7 muertes por 100 000 nacidos vivos (SIISE, 2006); por consiguiente, las políticas de salud están enfocadas en aumentar el número de partos atendidos por profesionales. La estrategia planteada pretende brindar una atención que incluya un enfoque intercultural asociado a la idea de parto humanizado, como una forma de aumentar la cobertura institucional entre la población rural (MSP, 2008a).

Los factores que promueven el parto domiciliario son varios, entre los cuales podríamos señalar la cuestionada calidad de la atención en los servicios públicos (Manocchio, 2002) y las supuestas diferencias culturales entre profesionales y usuarias. Así pues, el aumento de la cobertura institucional conlleva algunas tensiones: el énfasis en el bienestar físico de neonatos y sus madres, frente al énfasis en el bienestar emocional; la legitimación de los conocimientos biomédicos, frente a la devaluación de los conocimientos tradicionales; el acceso a los servicios que resuelvan emergencias obstétricas, frente al problema de la mortalidad materna. Al mismo tiempo, estas tensiones se enmarcan en un contexto aún más complejo de discursos críticos al sistema biomédico-hospitalario, que hacen referencia a una excesiva intervención técnica. Voces provenientes de varios grupos, como la Red Latinoamericana y de El Caribe para la Humanización del Parto (RELACAHUPAN) exigen el cumplimiento de los derechos y recomendaciones del nacimiento: que la madre escoja libremente la posición para dar a luz, que cuente con la presencia de un familiar, etc. (OMS,

1985). Aspectos que parecen más próximos a la atención tradicional y, en algunos casos, a la atención biomédica privada; que a los servicios obstétricos de atención masiva.

A partir de estas reflexiones, distinguimos tres modelos de atención: biomédico, alternativo y tradicional. A la corriente del parto humanizado la enmarcamos dentro del modelo de medicina alternativa, como un nivel intermedio entre el modelo biomédico y el modelo tradicional (parto en casa con o sin partera). Asimismo, la asociamos con el enfoque intercultural del parto que incorpora conocimientos sobre los aspectos biológicos, emocionales y culturales de las parturientas; como una forma de mejorar la calidad de la atención y de aumentar la cobertura institucional, mediante la participación conjunta de profesionales de la biomedicina –médicos y obstetras– y de parteras (MSP, 2008a).

Diagrama 1
Modelos de atención del parto



Los defensores del parto humanizado señalan que algunos factores, como el ambiente frío y la presencia de personas extrañas que irrumpen en la intimidad de la parturienta, repercuten negativamente en la salud psicológica de la madre, y dificultan el parto normal. Es decir, una mujer, cuyas condiciones físicas le permiten tener un alumbramiento natural, puede sufrir dificultades provocadas por circunstancias externas, evitables. Para Fernández (1994:101), conceputar el parto como un “acontecimiento patológico [... que necesita] de ayuda técnica” significa condicionarlo a la creación de

nuevos riesgos, que a su vez justifican la intervención médica. Según esta visión, el modelo biomédico no toma en cuenta que la protagonista de este evento es la madre, que potencialmente tiene la capacidad de dirigir su parto cuando presenta condiciones de normalidad. En tales circunstancias, la aplicación de las técnicas biomédicas supone un enfoque exclusivo en el aspecto corporal patológico, que resulta en una estandarización de los cuerpos de las mujeres y en una atención mecanizada del parto. De esta forma, muchos protocolos médicos esconden acciones señaladas como causales de violencia obstétrica: atención impersonal, trato jerárquico deshumanizador, uso de técnicas invasivas no justificadas, medicalización exagerada y patologización de los procesos naturales. (República Bolivariana de Venezuela, 2007).

El caso de María relatado al inicio de este texto evidencia que algunas acciones del personal de salud, aunque pretenden evitar complicaciones obstétricas, son desencadenantes de procesos patológicos, y al mismo tiempo ocultan formas de maltrato. María fue sometida a una atención estandarizada: rodeada por extraños, en un escenario frío, en el que se la obligaba a permanecer en una sola posición corporal que anulaba sus experiencias de partos anteriores. Estas circunstancias provocaron un estado patológico y, a juicio de los profesionales, la necesidad de una intervención quirúrgica que sin embargo, fue eludida por su propia voluntad. Así pues, el parto de María evidencia que la construcción social y cultural del parto eutócico como enfermedad justifica la medicalización, la homogenización y la aplicación de técnicas invasivas como la cesárea; prescindibles en muchos casos.

El abuso de las técnicas invasivas es un tema planteado desde hace mucho tiempo por la Organización Mundial de la Salud (*El Comercio*, 1999), que sostiene que las cesáreas no deben superar el 15% del total de partos. En contraste, en 2010, en La Maternidad se practicaron 3 877 cesáreas, de un total de 11 618 partos, es decir un 33,4% (HGOIA, 2010), porcentaje que supera notoriamente al recomendado.

Tabla 1
Número de partos normales y cesáreas en los años 2010, 2009 y 2007

Año	Partos normales	Cesáreas	Total partos (100%)
2010	7 741 (66,6%)	3 877 (33,3%)	11 618
2009	7 667 (66,8%)	3 805 (33,2%)	11 472
2007	7 459 (66,4%)	3 772 (33,6%)	11 231

Fuente: HGOIA (2010).

Frente a un parto que esconde una serie de elementos violentos, la exaltación de la maternidad (parte del imaginario social) podría constituir un consuelo al sufrimiento de un parto conceptualizado como riesgoso y sacrificado. Así, el parto se entrelaza con la maternidad para presentarse en el mismo discurso; en el cual, no se diferencia entre el aspecto biológico y el aspecto de reproducción social o crianza de los niños (Chodorow, 1984).

El discurso sobre maternidad conjuga a su vez otros discursos: el de la ciencia médica y el de las prácticas culturales, que condicionan a las mujeres a cumplir con una forma ideal de parir, y con una forma ideal de ser madres. En la atención del parto biomédico, este disciplinamiento se evidencia en la persuasión que los profesionales ejercen en las mujeres para que acepten los procedimientos médicos. Sin embargo, el ejemplo de María nos revela que las acciones persuasivas de los profesionales también son rechazadas.

En palabras de Foucault (Rabinow y Dreyfus, 2001 [1983]), diríamos que la obstetricia como disciplina requiere de un sujeto (parturienta) cuya condición haya sido construida como patológica, a través de distintos discursos que configuran tensiones entre la maternidad como imaginario sublime y abnegado, y el parto como un evento doloroso y riesgoso. El parto fisiológico, entendido como un estado patológico, es una construcción social e histórica que prepara a la mujer para abandonarse en las técnicas, en el saber de otros (ciencia médica). Durante la atención, entre el profesional y la parturienta se establece una relación de poder, en la que el primero actúa (“acción”) mediante la técnica sobre la mujer que padece (“acción”). Este

sujeto, libre en un principio, tiene la posibilidad de reaccionar de distintas formas ante las acciones del técnico. No obstante, los discursos sobre la maternidad y el parto inducen (“guían”) una conducta de aceptación de las rutinas biomédicas.

Sabemos que todo proceso biológico está sujeto a probables complicaciones. Sin embargo, si comprendemos que cada alumbramiento es un evento único, que involucra una intimidad física y emocional, suponemos que tal particularidad debe ser vivida en un ambiente de respeto, que procure su desarrollo fisiológico, que revele a la parturienta como la protagonista de su parto. Hablamos en concreto de la calidad de la atención, en la que confluyen los esfuerzos estatales por evitar las muertes y los discursos sociales de exaltación de la maternidad, que evidencian la valoración que la sociedad hace del parto, de la feminidad y de la vida humana.

A partir de estas reflexiones, nos planteamos el siguiente cuestionamiento: ¿cuál es la interacción entre los discursos que disciplinan y que crean el sujeto “mujer-madre” y la agencia de ésta durante la atención del parto? Esta pregunta nos sirve de guía para comprender el concepto y las prácticas del parto, tanto del personal médico como de las parturientas, con el propósito de reflexionar sobre el papel de la violencia en el disciplinamiento maternal. Al mismo tiempo, exploramos la forma de agencia de las parturientas en distintos escenarios (salas de parto, hogar de las mujeres) para develar las respuestas a las acciones aplicadas por los profesionales.

Este trabajo sobre el parto se inscribe dentro del tema de la maternidad como construcción social; tratada por la literatura académica a través del análisis de: 1) Las políticas de estado y la familia. 2) La acción feminista y de las propias mujeres. 3) El ejercicio de la obstetricia biomédica.

La maternidad como construcción social involucra una diversidad de maternidades en relación a los entornos sociales e históricos de los sujetos. Nancy Sheper-Hughes (1997) plantea que los sentimientos maternos de indiferencia en el Noreste brasileño o de apego hacia el recién nacido en los Estados Unidos son construcciones culturales de sociedades específicas, pero vistas como normales en el respectivo contexto. La maternidad comprende símbolos, conceptos normativos y aspectos de la identidad subjetiva, que configuran parte del género femenino “inmerso en relaciones

sociales de poder” (Scott, 1997 [1985]). Las formas de disciplinamiento maternal están ligadas a los intereses políticos de cada época y lugar. Así, en la América Latina de finales del siglo XIX y comienzos del XX, las acciones políticas se centraron en la persuasión de las mujeres hacia la maternidad y la consolidación de la familia. Entonces, se pretendió disminuir las elevadas cifras de mortalidad materna e infantil mediante la atención hospitalaria del parto, y los controles médicos obligatorios del embarazo. Mannarelli (1999) nos muestra cómo, en el caso peruano, el concepto de maternidad estaba condicionado por diversos actores, quienes influían en la subjetividad de las mujeres y en la forma en que éstas concebían y vivían la maternidad. Los discursos sobre las buenas madres motivaron una asociación entre clase social, higiene y uso de los servicios médicos. Asimismo, en el contexto ecuatoriano, el instinto materno fue re-conceptualizado como algo que requería de la supervisión y enseñanza de los profesionales de la salud, a través de la puericultura e higiene doméstica (Clark, 2001).

La maternidad ha sido un tema de intenso debate para los grupos feministas de varias épocas. Durante el siglo XX, los temas maternales y de la domesticidad fueron enmarcados en un clima de tensiones entre las luchas a favor de la igualdad o la diferencia. Mientras que en el contexto europeo y en el norteamericano hubo una tendencia a las reflexiones y críticas; el debate latinoamericano resaltó la importancia del rol materno en la lucha política. En este último, el reconocimiento de la diferencia sirvió para legitimar el papel de las mujeres en la familia y en la sociedad. Los roles maternos valieron para posicionarse en el ámbito público, y así se reafirmó la responsabilidad femenina en las tareas domésticas (Molyneux, 2003). Al contrario, otras feministas como la norteamericana Nancy Chodorow (1984) diferenciaron entre feminidad y maternidad, para señalar que la primera no implica la segunda. Es decir, que las mujeres no están determinadas biológicamente para cumplir con el cuidado de los niños y niñas. Así pues, Chodorow (1984) plantea que la maternidad incluye dos etapas claramente diferenciadas: una biológica y otra de reproducción social; y señala la importancia de separar la etapa biológica (embarazo y parto) de la etapa del cuidado de los niños (reproducción social), puesto que las mujeres no estamos obligadas a cumplir con el rol maternal.

Dado que los estudios sobre maternidad se han enfocado fundamentalmente en la etapa de reproducción social, con este trabajo pretendemos estudiar el parto como un ámbito de disciplinamiento maternal, en el cual operan formas de violencia y de persuasión. Buscamos analizar la maternidad desde el parto biomédico, entendido como una construcción social. Este enfoque ha sido planteado por autores como Tristán Platt (2006), para quien la construcción cultural de los cuerpos determina formas particulares no solo de atender el parto sino de reaccionar y de sentir de la parturienta. Esta construcción cultural constituiría lo que el autor llama el “sostén sicológico”, representado por el escenario en el que ocurre el parto y los actores que participan en el mismo. De esta forma, las acciones de cada uno de los actores simbolizan diversos significados, relacionados con contextos culturales específicos.

En concreto, planteamos que la atención biomédica del parto involucra una forma de disciplinamiento y violencia material, como ámbito de la construcción social de la maternidad. Asimismo, asumimos que estos procesos son transgredidos por las propias mujeres.

Metodología

El trabajo de campo lo realizamos en el área obstétrica de La Maternidad Isidro Ayora de Quito, conformada por: dos salas de dilatación, tres salas de expulsivo, dos salas de postparto y salas de legrado. El escenario se caracteriza por la presencia de un sin número de parturientas y de profesionales de la salud, que cambian constantemente de acuerdo a turnos rotativos. El trabajo es ininterrumpido y el ruido es permanente. El quehacer etnográfico se torna complejo, por la dificultad para el desarrollo de empatía y complicidad con los entrevistados.

El diálogo con las parturientas se realizó en las áreas de dilatación y postparto, mediante entrevistas cortas y a profundidad. La observación se efectuó en estos mismos escenarios y en la sala de expulsivo. La visita domiciliaria se concretó con una de las 15 entrevistadas; con las demás no se logró acuerdos.

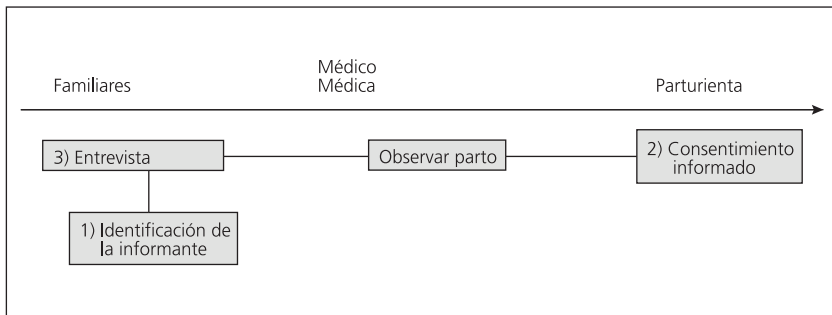
Las edades de las parturientas entrevistadas oscilan entre los 14 y los 35 años. Siete de ellas corresponden a edades entre los veinte y los 29 años; cinco se ubican entre los 14 y los 19 años; y tres entre los treinta y los 35 años. Tres de ellas se auto-identificaron como indígenas. Todas señalaron conocer algunos aspectos del parto tradicional.

De igual manera, se realizó cinco entrevistas (una de ellas en profundidad) a profesionales presentes en el área de partos y una entrevista a un auxiliar de enfermería.

Como límites del trabajo etnográfico señalamos al escenario como un condicionante para las respuestas de las entrevistadas; ya que dificultó la creación de una relación cercana, que permita profundizar en percepciones hacia las técnicas médicas, el ambiente en general y el personal de salud. Con respecto a la técnica de observación, el consentimiento previo fue un limitante, pues se notó cierta incomodidad entre los profesionales. Asimismo, las parturientas se sintieron observadas y en algunas ocasiones se dirigieron a la observadora con peticiones que la incluían como parte del equipo médico.

No logramos realizar las trayectorias de las entrevistadas tal como estaba planeado en la propuesta de investigación: 1) entrevista a parturienta y observación del parto previo consentimiento, 2) entrevista al médico o médica que atiende el respectivo parto y 3) visita domiciliaria, para segunda entrevista a parturienta y a familiares (ver Diagrama 2).

Diagrama 2
Trayectoria planeada y la realizada



Inconvenientes y ajustes en el trabajo etnográfico

En la dinámica hospitalaria, los profesionales en formación atienden a varias mujeres en cada turno y cambian constantemente de actividad: atención en las salas de dilatación, expulsivo, postparto; realización de legrados; llenado de historias clínicas; asistencia a clases. Por esta razón, entrevistamos a quienes mostraron predisposición, indistintamente de que hayan atendido los partos de las entrevistadas.

No logramos un acuerdo para las visitas domiciliarias. El inconveniente radica en que al identificarnos como parte de una institución educativa, para ellas desconocida, generamos desconfianza; gesto notorio entre los familiares, previamente consultados por las mujeres. Al contrario, sí consintieron las visitas propuestas por el personal de La Maternidad; aunque mostraron cierta incomodidad. Estas actitudes las interpretamos como indicadores de un proceso de legitimación del modelo biomédico entre la población que hace uso de esta institución.

En el trabajo de campo buscamos tres evidencias: los discursos de los profesionales y de las mujeres; las prácticas e interacciones durante la atención del parto; y la agencia de las parturientas. Los lineamientos para el trabajo de campo los organizamos en un cuadro (ver Tabla 2) cuya idea tomamos de un plan de tesis presentado previamente (Páez, 2008).

Discursos

En la construcción social de la maternidad intervienen una serie de discursos que confluyen en el condicionamiento de las mujeres para una maternidad normal, que comprende varias etapas de la vida, siendo el parto una de ellas. Así pues, el parto se ve influenciado por discursos médicos, familiares, políticos y culturales, que preparan a las mujeres para alumbrar en un determinado lugar (domicilio, centro de salud) y adoptar actitudes acordes con esos discursos. Es decir, los discursos disciplinan para el ejercicio maternal, pero también para una modalidad de parto.

Tabla 2
Guía para el trabajo de campo

Evidencia	Objetivos	Sitio	Instrumento
Discursos	Mapear o identificar los discursos sobre el parto.	Hospital.	Entrevistas a médicos y a parturientas. Protocolos o normas de atención del parto.
Prácticas e interacciones	Previo consentimiento informado, observación y análisis de las interacciones entre los prestadores de salud y las parturientas, prestando especial interés en la agencia de las mismas.	Sala de partos del hospital. Sala de postparto del hospital.	Observación directa del proceso del parto (pauta de observación). Entrevista a las parturientas, en la sala posparto sobre la experiencia del parto (ficha de observación).
Agencia y diversidad	Trazar los imaginarios que tienen las mujeres sobre el parto.	Salas del hospital.	Entrevista a las parturientas.

Mediante las entrevistas y la revisión de protocolos o normas de atención, buscamos visibilizar las concepciones tanto técnicas como culturales de los profesionales en torno al parto.

A través de las entrevistas a las usuarias, rastreamos los discursos culturales que las preparan para el alumbramiento y los actores involucrados en la reproducción de los mismos.

Prácticas o interacciones

La observación directa del parto y las entrevistas a las parturientas nos proporcionaron material que lo contrastamos con el discurso de los profesio-

nales; lo que nos permitió evidenciar choques o conflictos en las nociones de atención. En las usuarias, observamos actitudes de aceptación y rechazo ante las prácticas médicas; y evidenciamos que la obstetricia biomédica puede esconder prácticas de violencia, no sólo simbólica sino física.

Agencia y diversidad

Las mujeres son diversas en relación a categorías como la clase o la etnia; lo que determina concepciones culturales también diversas con respecto a la maternidad y a las formas de atención del parto. Estos imaginarios preconcebidos requieren de una constante negociación con el imaginario biomédico y tratamos de evidenciarla a lo largo del trabajo etnográfico.

Por último, no podemos obviar que nuestro país adolece de problemas sociales como malnutrición y violencia doméstica, que determinan la salud de gran parte de las usuarias de La Maternidad, que las predisponen a sufrir complicaciones obstétricas. Tales circunstancias ameritan el uso de técnicas biomédicas, cuyo acceso es un derecho que debe estar asegurado. Sin embargo, hemos de notar que la atención hospitalaria, masificada, deshumanizada del parto fisiológico, reproduce lógicas violentas que agreden no solo a las parturientas sino al mismo personal de salud, gran parte del cual está en proceso de formación.

Queda por analizar las causas de las excesivas intervenciones quirúrgicas, con el fin de determinar si las condiciones de salud de las parturientas las predisponen a las complicaciones obstétricas; o por el contrario, si la concepción del parto como un evento patológico contribuye a la aparición de patologías que requieren intervención; teniendo como único interés el de mejorar las condiciones de vida y de salud del conjunto de la población ecuatoriana.

Por último, queremos señalar que todos los nombres con los que se identifican las entrevistas son ficticios y que se guardó completa confidencialidad de la información recibida.

Sinopsis

La presente tesis tiene seis capítulos distribuidos de la siguiente forma.

El capítulo I tiene como objetivo contextualizar al lector en el problema de investigación. Partimos de la narración de un hecho específico: el parto de María. A continuación, identificamos algunas tensiones entre el modelo biomédico y el modelo tradicional de atención. Contrastamos las características de los dos modelos para señalar que son construcciones sociales distintas, asociadas al disciplinamiento maternal. Esta disputa la ubicamos en un escenario de elevada mortalidad materna; de abuso de técnicas quirúrgicas; y de desigualdades de clase y etnia, que determinan la salud de las parturientas. Por último, mencionamos la metodología utilizada.

En el capítulo II, describimos el disciplinamiento maternal en América Latina y Ecuador, y su importancia en las políticas de estado. Señalamos al parto como un aspecto de la maternidad y un ámbito de disciplinamiento en el que se ejerce violencia simbólica y material. Nos apoyamos en los argumentos de Foucault (Rabinow y Dreyfus 2001 [1983]) y Bourdieu (2000), que nos permiten identificar el parto como un escenario en el cual se establecen relaciones de poder.

En el capítulo III, hacemos una revisión histórica de la fundación de La Maternidad Isidro Ayora de Quito. Describimos los espacios físicos destinados a la atención del parto, los discursos de los médicos y médicas y las rutinas aplicadas. De esta forma, evidenciamos la reproducción de los imaginarios maternales: “mujer sola, abnegada y en continua lucha por la supervivencia de sus hijos” (Cuvi y Martínez, 2001: 312).

El capítulo IV consta de un análisis de las historias de las parturientas, en el cual advertimos un contexto actual de pluralismo médico, definido por la legitimidad que las usuarias de La Maternidad brindan tanto al parto tradicional como al parto biomédico; pero en escenarios y momentos fisiológicos distintos. En consecuencia, identificamos un proceso de disputas médicas definido por la devaluación de las formas tradicionales de atención y la legitimación del modelo biomédico; situación que contribuye a ocultar formas de violencia durante la atención hospitalaria.

En el capítulo V, explicamos las características del modelo médico occidental, para notar que el parto fisiológico entendido como patológico queda inevitablemente inmerso en una lógica de normatización y de control que deriva en la violencia obstétrica. Además, constatamos que algunas recomendaciones para el nacimiento planteadas por la OMS (1985) y el MSP (2008) no se cumplen. A estos criterios añadimos las formas de violencia que Valls-Llobet (2009) reconoce en la práctica médica, pues nos ayudaron a reflexionar sobre el tema planteado.

En el capítulo VI, concluimos que el parto biomédico involucra un disciplinamiento violento de las mujeres hacia la maternidad, constatado por el incumplimiento de ciertas recomendaciones de atención. Mediante una apelación a la responsabilidad maternal y al reconocimiento del saber experto, las parturientas son persuadidas y coaccionadas a cumplir con protocolos que favorecen la organización institucional. En este disciplinamiento, participan tanto los familiares de las mujeres, como los profesionales de la biomedicina. La legitimidad del modelo biomédico, dentro del ambiente hospitalario, contribuye a la escasa percepción de la violencia por parte de los profesionales y las parturientas. Mientras tanto, la devaluación del modelo tradicional queda evidenciada tanto en los discursos de las usuarias y del personal, como en las disposiciones políticas para la recuperación de las prácticas tradicionales. Por último, constatamos que, durante el embarazo y en otros escenarios no tan lejanos al hospitalario, las mujeres hacen usos de formas tradicionales de atención en salud, por lo que argumentamos sobre un contexto actual de pluralismo médico entre un sector de la población ecuatoriana.

Capítulo II

El imaginario maternal

Como quiera que las indígenas hayan parido, tenían suficiente conocimiento obstétrico, según lo atestigua la alta densidad poblacional que los conquistadores españoles encontraron al llegar al actual territorio ecuatoriano (Landázuri, 2004).

La organización social requiere individuos disciplinados en roles específicos, cuya puesta en práctica sostiene y reproduce la misma organización social, a la vez que la reinterpreta adaptándola a contextos más inmediatos.

El discurso maternal construye lo femenino en asociación con roles domésticos; cuya simbología se refiere a imágenes que nos sugieren la idea de un amor y un sacrificio gratuitos, representados por la figura universal de la *madre*. Otros discursos también contribuyen a formar a las mujeres como buenas madres, uno de estos es el discurso biomédico; que al mismo tiempo que disciplina a los sujetos, legitima su punto de vista devaluando otras formas de cuidados en salud.

El parto biomédico se establece como un escenario para el disciplinamiento maternal, ya que las mujeres se ven coaccionadas a consentir la intervención obstétrica, en nombre de su responsabilidad maternal y en reconocimiento del saber experto. Además, la legitimación de este modelo contribuye a ocultar formas de violencia simbólica y material durante la atención.

Discursos maternos y la crítica feminista

Desde la revolución industrial, el trabajo doméstico femenino ha sido un elemento clave para la reproducción de la sociedad capitalista. Chodorow (1984: 273) sostiene que la división del trabajo en productivo y reproductivo necesitó de “calidades psicológicas” acordes con esta división; entonces, proliferaron los discursos enfocados en formar a las mujeres como madres y relegarlas al espacio privado. La maternidad femenina fue visualizada como un hecho natural e incuestionable, dada la capacidad procreativa de las mujeres. La asociación mujer-femenidad-maternidad configuró en la psicología masculina un complejo sobre la desigualdad sexual que, como plantea Chodorow (1984), asigna una posición de superioridad a lo masculino y una valoración secundaria a lo femenino; siendo la familia uno de los principales medios sociales de reproducción de estos rasgos psicológicos funcionales al sistema.

Para Ferré (1992), la maternidad constituye una opresión del sistema ante el que, cualquier mujer puede revelarse. Plantea que la constante asociación: maternidad-ideales de amor sirve para justificar su poca valoración social. Así, muchas mujeres se ven obligadas a responder gratuitamente a las demandas maternas que la sociedad les plantea en distintos niveles: cuidado de los hijos y demás miembros de la familia; producción de alimentos y otras necesidades diarias dentro de los hogares. En consonancia, Mary O’Brien (s/f en Scott, 1997:9) menciona que la “comprensión adecuada del proceso de reproducción social constituye la fuente de la liberación para las mujeres”. Enfatiza en “la contradicción existente entre la naturaleza de la función reproductora de las mujeres y la mistificación ideológica (que el varón hace) de la misma”. Es decir, la contradicción entre el trabajo maternal no reconocido social y económicamente y los imaginarios de amor que lo sostienen; paradoja plasmada en el funcionamiento de los distintos mecanismos de reproducción social.

“La Madre”, como menciona Palomar (2004: 16), es una representación ideal de la maternidad revestida de características esenciales como la capacidad de cuidar, sanar o de sacrificarse. Es un imaginario que antecede al sujeto-mujer y la persuade en su individualidad, condicionando su biología, moldeando “las posibilidades ofrecidas por su biología”

(Tubert, 1991 citado en Palomar, 2004: 30). Así, los procesos fisiológicos como el embarazo y el parto que en apariencia se limitan a un ámbito biológico-personal, están determinados por el entorno social (Chodorow, 1984), configurando lo que Tristán Platt (2006) llama el “sostén psicológico” de la atención del parto; que recrea una forma particular de parir, de sentir y de reaccionar de la parturienta, así como una forma particular de atención.

Los contextos en los que se vive la maternidad son múltiples y diversos, por tanto, los ideales maternales son reinterpretados a través de las diferentes realidades socio-económicas y culturales. Sheper-Hughes (1997), por ejemplo, se refiere a la experiencia maternal de las mujeres del Noreste brasileño, caracterizada por sentimientos de desapego hacia el recién nacido, en un contexto de elevada mortalidad infantil. En este escenario, las madres y su grupo familiar reconocen como individuo al niño o niña que es capaz de relacionarse con los demás. Los cuidados alimenticios son brindados a los pequeños sanos y capaces de socializar; solo entonces los niños y las niñas son nombrados. Los más débiles sucumben ante el hambre y las enfermedades. Las madres junto con otros niños, niñas y abuelas, entierran frecuentemente a los infantes fallecidos por el hambre, y se consuelan pensando que han ganado un angelito en el cielo.

La comprensión de la maternidad como un discurso social construido ha permitido plantear distintos análisis. Sara Ruddick (1980, citada en Snitow, 2004: 52) diferencia entre “práctica maternal y pensamiento maternal”. Con “práctica maternal” se refiere a las actividades de cuidado de los niños y a las experiencias del embarazo y del parto. Con “pensamiento maternal” alude al imaginario social de la maternidad, reproducido por mecanismos sociales diversos que sentencian a las buenas o a las malas madres. Chodorow (1984) por su parte, diferencia entre la etapa biológica de la maternidad (embarazo y parto) y la responsabilidad social del cuidado de los niños; enfatizando en que la primera no determina la segunda. Asimismo, Marta Lamas (s/f, citada en Schwarz, 2007:1) diferencia entre “maternidad y maternazgo”. Al hablar de “maternidad” hace referencia a la gestación, el parto y la lactancia. Con “maternazgo” se refiere a “la responsabilidad emocional [en] la crianza y el cuidado de los hijos”.

En este trabajo, adoptamos las reflexiones de Chodorow (1984) para centrarnos en el parto como etapa biológica de la maternidad, como un proceso fisiológico en cuya atención biomédica se reflejan los discursos que reproducen los ideales de la maternidad socialmente construida.

Construcción de la maternidad en América Latina

El siglo XIX estuvo plagado de discursos políticos encaminados a consolidar la institución familiar, en la cual las mujeres cumplirían un papel preponderante como responsables del hogar y el cuidado de la familia. Mannarelli (1999: 131) señala, al referirse al Perú de esa época, que la población no había desarrollado el control del yo que la autoridad doméstica demandaba. Los expertos veían al cuerpo femenino como portador de deseos y pasiones que debían ser reprimidos; emuladores del pensamiento occidental-europeo, pensaban en las mujeres como seres “dominados por el útero” y carentes de razón (Rosas, 2004:126). En consecuencia, la educación femenina estuvo enfocada en demandas de moralización y contención de los impulsos.

La figura de la virgen María tuvo gran protagonismo en el disciplinamiento maternal de la época; símbolo de la madre virtuosa, sirvió para emular bondades basadas en el amor incondicional a la familia. Al respecto, Evelyn Stevens (1977, citado en Fuller, 1995:245) “acuña el término marianismo para [referirse al] el culto a la superioridad espiritual femenina, que predica que las mujeres son moralmente superiores. Esta fuerza espiritual engendra abnegación; es decir, una capacidad infinita para la humildad y el sacrificio”; características que, además, definen a la madre idealizada como un ser asexual (Cuvi y Martínez, 2001:312). Estos discursos se concentran en lo que Ravazzola (1995: 12) llama un “marco normativo” de la sociedad; que expresa una cultura misógina en la que el mito de la “maternidad sacrosanta y asexuada” se convierte en una estrategia de supervivencia para las mujeres: “Las mujeres somos perdonadas por serlo si tenemos y criamos hijos. Las que no lo hacen son abiertamente censuradas en nuestros países latinos, pero encubiertamente también en

el discurso de muchos sectores del [auto denominado] primer mundo”. Según esta autora, a pesar de las nuevas realidades y vivencias de hombres y mujeres, la división sexual del trabajo —específicamente la maternidad ejercida por las mujeres— es una de las construcciones sociales que casi se ha mantenido inalterable en un sentido tanto simbólico como práctico. Mayoritariamente, las mujeres siguen siendo las responsables del ejercicio maternal, a pesar de su participación en otros espacios. En el imaginario dominante, la forma de “reconocimiento social” (Butler, 2006 [2004]) de las mujeres sigue siendo la maternidad, sujeta a normas que pueden ser o no coactivas para cada individuo.

El ejercicio maternal está inmerso en aspectos simbólicos y concretos contradictorios. En lo simbólico, la maternidad está construida alrededor de una serie de sobreentendidos de género: mujer abnegada, madre amorosa por naturaleza. En lo concreto, es un fenómeno con grandes implicaciones sociales alrededor del cual no existe ningún tipo de reflexión, pues no se la vincula con “una experiencia subjetiva realmente voluntaria y gustosa”. La sociedad reproduce “el mito de la mujer-madre basado en la creencia del instinto materno, del amor materno y del sacrificio y la entrega gustosa de las mujeres a la maternidad. Visto así, las malas madres son aquellas mujeres que no cumplen con los ideales de la maternidad socialmente construida” (Palomar, 2004: 15, 17).

La maternidad constituye lo que podríamos denominar una feminidad hegemónica, dada su estrecha relación con lo femenino. Palomar (2004: 15) la define como una institución social cuya base corresponde a tres “campos fundamentales: el legal, el moral y el de la salud”, establecidos como mecanismos sociales que mantienen el ideal de género; que además es reproducido por los medios de comunicación, ya que “contribuyen a reforzar el sentido común predominante [...] La naturalización del rol materno” (Ravazzola, 1995:15).

En contraposición, distintas intelectuales han desarrollado debates y reflexiones sobre la posición social de las mujeres. A través de las épocas, los grupos feministas se caracterizaron por su cuestionamiento hacia los roles sociales construidos como femeninos; teniendo como escenario los espacios público y privado y sus fronteras (Molyneux, 2003:259). Así, en

la década de los ochenta, el movimiento feminista latinoamericano se desarrolló en una constante tensión entre las luchas a favor de la igualdad o la diferencia, como formas de legitimar el papel de las mujeres en la sociedad. La figura de la maternidad, enmarcada en el discurso de la diferencia, sirvió para que las mujeres incurrieran en el terreno político con resultados diferentes para ellas y para el sistema político-económico. Para las mujeres significó la obtención de un conjunto de derechos sociales y titularidades diseñados para proteger a la familia y a la raza; ganando exclusión de la ciudadanía y al mismo tiempo participación política. Para el sistema, la maternidad ha sido la base sobre la cual se sostiene. Así pues, durante las primeras décadas del siglo XX, el estado ecuatoriano promovió que las mujeres se insertaran en actividades públicas como la enfermería y la obstetricia, como una forma de asegurar el cuidado y la protección de la infancia; en consecuencia, extendieron hacia el espacio público la responsabilidad de las mujeres en las tareas domésticas (Clark, 2001).

Instalación del parto biomédico en los Andes

Según Mannarelli (1999), durante el siglo XIX, la alta prevalencia del parto en casa causó preocupaciones por la mortalidad materna secundaria a la fiebre puerperal y la septicemia. Para los médicos de esa época, las infecciones obstétricas tenían como origen las condiciones insalubres de los hogares. Las comadronas o parteras fueron identificadas como mujeres ignorantes, cuya práctica estaba en contradicción con el ejercicio médico científico y con las prácticas eugenésicas. Contrariamente, Landázuri (2004: 212) señala que en el Ecuador del siglo XIX, la baja incidencia de infecciones puerperales era una característica del trabajo de partería desempeñado por las indígenas en la sierra y las esclavas negras en la costa. Al mismo tiempo, era común que los médicos descuidaran la profilaxis en su práctica clínica¹ causando enfermedades (Mannarelli, 1999).

A diferencia de las comadronas o parteras, las mujeres de algunos sectores sociales tenían acceso a una preparación profesional como obstetrices o matronas y podían dedicarse a la atención legal de los partos. Y aunque en

algunos países, como Chile, se conservó la labor de partera en los servicios hospitalarios; por lo general, el trabajo de comadrona fue denigrado y se las desplazó del sistema formal de salud. La imagen masculina, portadora de la cultura y de la ciencia, se consolidó en todas las áreas médicas, así como en la atención del parto, que hasta comienzos del siglo XIX se había caracterizado por ser un asunto privado con exclusiva participación femenina (Zárate, 2008).

En Ecuador, la instrucción obstétrica estuvo a cargo de matronas provenientes de Francia y Perú, que instalaron escuelas para la enseñanza y la atención (Landázuri, 2004). A mediados del siglo XX, varios médicos pretendieron suprimir esta profesión basándose en criterios científicos que desacreditaban el trabajo de las obstetras. No obstante, las políticas estatales enfocadas en el cuidado infantil y en la promoción de la maternidad, conservaron las profesiones femeninas asociadas con el rol materno (Clark, 2001). Al mismo tiempo, el trabajo de partería ajeno al sistema formal de salud y basado en la transmisión de conocimientos de una generación a otra logró conservarse a través de los siglos en las distintas zonas rurales de nuestro país.

Las mujeres urbanas de sectores económicos elevados adoptaron con mayor apertura los criterios de la ciencia médica y preferían ser atendidas por médicos a domicilio. La higiene y el cuidado del cuerpo se volvieron temas de clase social. Como plantea Kingman (2006:105), la práctica higienista en los Andes del siglo XIX estuvo caracterizada por “una modernidad incipiente de la cual estaban excluidas amplias capas sociales”. La acción del estado, acorde al pensamiento higienista, se caracterizó por una “idea de beneficencia”. Como en Europa, los primeros centros hospitalarios funcionaron como asilos o casas de acogida; y en nuestro contexto, la población indígena se vio altamente excluida de la atención médica profesional. De esta forma, la institucionalización de la atención del parto estuvo atravesada por diferencias étnicas y de clase social (Defossez, et al², 1992); condiciones que contribuyeron a conservar hasta la actualidad varias prácticas tradicionales en salud, configurando un contexto de pluralismo médico.

A través del discurso higienista, los médicos tuvieron gran protagonismo en la organización de la sociedad. Reprodujeron criterios técnicos

de normatividad que contribuyeron a formar prácticas civilizatorias y que tomaron como referente a la familia nuclear, en busca del “mejoramiento biológico y cultural de la población” (Kingman, 2006:110). La preocupación por la higiene y la eugenesia como medios para la formación de sociedades fuertes y aptas para el trabajo influenció en toda América Latina; pero a diferencia de los países europeos, la mayor parte de países latinoamericanos no aceptaron la esterilización obligatoria de personas consideradas “enfermas” que podían traer descendencia “tarada e inhibir el progreso”. En algunos países, como en nuestro Ecuador, se favoreció la inmigración europea como medio para “mejorar la raza” (Lavrin, 2005: 209). Otros países, como el Brasil (a inicios del siglo XX), se aplicaron principios de selección: “el pro-natalismo para los deseables y el anti-natalismo para los indeseables” (Rohden, 2007:50). Asimismo, en el discurso higienista la mujer cumplía un importante papel como guardiana del hogar. Los discursos médico y social (sobre lo que llamamos feminidad hegemónica maternalista: mujer-madre-idealizada) plantearon la reproducción como vía para el progreso y el mejoramiento de la especie. Así, en los primeros años del siglo XX en Ecuador, se identificó la elevada mortalidad infantil como un problema grave para la nación, dado el despoblamiento de las zonas urbanas. Se crearon diversos espacios para la práctica de la puericultura y el reforzamiento del rol materno (Clark, 2001). De esta forma, los médicos, personajes revestidos de autoridad y reconocimiento social, incidieron grandemente “en el proceso de interiorización de las normas sociales y la consiguiente estructuración de las psiquis femenina” (Mannarelli, 1999). Introdujeron enfoques sobre la vida social y el comportamiento sexual femenino, evidenciados en múltiples escenarios como en la atención del parto biomédico.

Obstetricia y disciplinamiento violento

La atención biomédica del parto normal o eutósico es uno de los campos sociales en los que se evidencia el disciplinamiento maternal de las mujeres, ya que la idea del parto como un proceso patológico provoca una interven-

ción médica desmedida, así como el consentimiento a las intervenciones obstétricas.

En palabras de Foucault (Rabinow y Dreyfus, 2001:244 [1983]), planteamos que durante la atención biomédica del parto fisiológico ocurre una “modificación de unas acciones por otras”. Por ejemplo, una madre en parto normal que desea caminar, pero que permanece recostada boca arriba (posición de litotomía) coaccionada por las ordenes médicas y sin causa patológica que justifique tal posición. Es decir, durante la atención, la parturienta acepta las acciones y recomendaciones biomédicas en nombre del reconocimiento al saber científico-experto, que plantea un tipo de cuidados y comportamientos; que apela a una forma de bienestar físico silenciando el aspecto emocional.

El discurso higienista sustenta la aplicación de políticas que paulatinamente han insistido en la atención hospitalaria del parto fisiológico, con participación de profesionales autorizados y acciones basadas en protocolos específicos. Gran parte de la población ha acogido estos cambios culturales; sin embargo, grupos críticos del parto biomédico pertenecientes a ciertos sectores sociales plantean la recuperación del hogar como escenario primordial para la atención del parto fisiológico (Fernández, 1996).

A través de la historia, la creación de la obstetricia como disciplina involucró la “[...] especialización, [la] repartición de normas, [la] jerarquización de individuos y [la] descalificación e invalidación de otros puntos de vista” (Foucault (2009: 226[1975])). En este caso, la invalidación de los puntos de vista de las comadronas o parteras y de las propias parturientas sobre el parto tradicional. De esta forma, siguiendo a Foucault (1989 [1976]), diríamos que los discursos sobre la atención del parto se constituyen en un instrumento y efecto de poder, que transportan y producen poder: “parto – proceso patológico – riesgoso – necesitado de ayuda técnica-biomédica” (Fernandez, 1996). Es decir, la obstetricia como parte de una “[...] práctica médica, generada por un modelo médico, supone la posibilidad de controlar y normatizar, y desde esta perspectiva, contribuir a la reproducción ideológica de determinadas relaciones dominantes” (Menéndez, 1985: 3).

Haciendo una analogía de lo que Foucault (1989 [1976]) plantea para la sexualidad, diríamos que las relaciones de poder instituyeron el parto

como objeto posible, a través de técnicas de saber y procedimientos discursivos que “sitaron e inmovilizaron” a las parturientas en la atención biomédica. De esta forma, los discursos de la biomedicina funcionan en diversas relaciones de fuerza: profesionales-parturientas, y profesionales-parteras; cada relación con unos objetivos específicos: que las parturientas opten por la atención hospitalaria; que los profesionales (médicos, médicas y obstetras) ganen reconocimiento social; y que el trabajo de las parteras o comadronas sea desacreditado. Así, el discurso de la obstetricia asegura elementos recíprocos de saber y poder: productividad teórica e integración estratégica; cuya cristalización institucional es el hospital.

Según Foucault (Rabinow y Dreyfus, 2001: 113-252 [1983]), existen estrategias que tornan efectivas las relaciones de poder y que se concretan en las instituciones o aparatos estatales, las leyes y las hegemonías sociales. El poder hace referencia a la complejidad de relaciones de fuerza efectivizadas por distintas estrategias. Los estados de poder son siempre desiguales, locales e inestables. El poder no es una institución o una estructura, es “el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada”. Para el caso que nos compete, La Maternidad, como cristalización institucional de la atención del parto –como una estrategia de poder– se constituye en un escenario de relaciones de fuerza cuyos pedestales son: las técnicas, las normas, los profesionales como hegemonía social y la diversidad de las parturientas disciplinadas para la maternidad y en una concepción específica del parto normal, que lo describe como un proceso riesgoso que necesita de las técnicas biomédicas. La atención biomédica del parto fisiológico, en La Maternidad, se instaura como una situación estratégica compleja, que refleja una organización social marcada por inequidades de género, étnicas y de clase, que reproduce una feminidad-hegemónica-maternalista. Entre los profesionales y las parturientas se establecen relaciones en las que “el poder se ejerce a partir de innumerables puntos y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias” (Foucault, 1989:114 [1976]), que involucran a médicos (y en otro nivel obstetras) expertos que gozan de autoridad, en relación con parturientas convertidas en pacientes, que acuden a un escenario hospitalario de atención gratuita.

El discurso biomédico no se plantea como un discurso dominante²; pues, “lo que se dice y lo que no se dice tiene efectos diversos según quién hable: su posición de poder y el contexto institucional en que se halle colocado” (Rabinow y Dreyfus, 2001: 122 [1983]). Así, en *La Maternidad*, el discurso biomédico reproducido por los profesionales se configura como el discurso dominante. Este discurso repite criterios científicos que ayudan a legitimar su acción, silenciando o desprestigiando otros discursos, otras formas de parto; las mismas que en el Ecuador han persistido hasta la actualidad, configurando un contexto de “pluralismo médico” (Panadero, 2006 a). Por cierto, los profesionales tampoco constituyen el grupo dominador, ni las parturientas el grupo dominado; al respecto, Foucault (1989 [1976]) advierte que no existe una relación binaria de dominadores y dominados. Más bien, las relaciones de poder son efectos inmediatos de las desigualdades y desequilibrios, en este caso: parturienta inmersa en cierta vulnerabilidad social y económica, marcada por discriminaciones de clase, étnicas y de género; y expertos autorizados que gozan de cierto reconocimiento social. Pero, al mismo tiempo, la resistencia está siempre presente: “donde hay poder hay resistencia [...] distribuida de forma irregular” Foucault (1989: 116 [1976]).

En el conjunto social, cada agente posee un punto de vista diferente, construido bajo distintas “coacciones estructurales” (Bourdieu, 2000: 137). La construcción de paradigmas asociados a los roles de género (mujer-madre-sacrificada) y de principios y visiones en la atención del parto, son imaginarios consolidados en relación con la posición que cada agente ocupa en el espacio colectivo. Así, el momento del parto se constituye en un espacio de “luchas simbólicas” con dos aspectos. El primero, objetivo, se enfoca en “hacer ver y hacer valer ciertas realidades”: parto fisiológico, proceso riesgoso que requiere de intervención técnica profesional para el bienestar del hijo y el correcto ejercicio de la maternidad. El segundo, subjetivo, enfocado en “cambiar categorías de percepción y de apreciación del mundo, lucha por la imposición del principio de visión y de división legítimo”; tal es el caso del higienismo y del criterio sobre quienes pueden, o quienes no pueden aplicarlo científicamente; es decir, profesionales versus parteras. Una disputa expresada en la construcción de las instituciones y en el ejercicio profesional.

En las “relaciones objetivas de poder” establecidas durante la atención, los agentes ocupan una posición social específica, resultado de su capital económico, cultural y simbólico. Esta posición contribuye a construir la visión que cada agente tiene del espacio. Así, los médicos, las médicas, y las obstetrices, son individuos que gozan de un poder simbólico legitimado por el reconocimiento legal y social. Tienen un “punto de vista oficial o discurso oficial”, que como menciona Bourdieu (2000), cumple tres funciones: diagnosticar (“asigna a cada uno una identidad”), administrar: “a través de las órdenes, de las prescripciones”; y decir “lo que las personas han hecho realmente” (formularios). A través de este “punto de vista oficial” imponen el punto de vista de la institución, el del parto biomédico o “punto de vista legítimo”. Producen y reproducen ese mismo punto de vista en la sociedad, escenario de “lucha por la producción y la imposición de la visión legítima del mundo social”, que Bourdieu llama “violencia simbólica”. Una visión legítima sobre cómo y dónde debe ocurrir el parto.

Las características dominantes del modelo “médico hegemónico” (Menéndez, 1985: 2) son las que se imponen como una visión legítima en la atención del parto dentro de La Maternidad. Menéndez plantea que “la práctica médica radica su mirada en una aparente especificidad: la de la enfermedad ‘en sí’. Esta práctica elimina la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas, que afectan la salud global del trabajador; pero también la de su familia”. La obstetricia, parte de este modelo, se caracteriza por su enfoque en lo patológico más que en lo fisiológico. La visión obstétrica desconoce que el parto está influenciado por diversos factores sociales. Ignora que el tipo de parto (normal o patológico) está directamente relacionado con las condiciones sociales (posibilidades de prepararse para el parto, alimentación durante el embarazo, ambiente propicio para dar a luz) más que con la posibilidad de intervención técnica.

Los caracteres dominantes de dicho modelo son: su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., [...] que determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente “natural”, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta,

y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como “pacientes” (Menéndez, 1985: 2).

Hasta el momento, hemos reconocido que durante la atención biomédica del parto se ejerce violencia simbólica; pero también identificamos una violencia material. Foucault (Rabinow y Dreyfus, 2001: 247[1983]) nos ofrece una perspectiva teórica que nos permite reflexionar al respecto; así pues, señala que “el ejercicio del poder no es violencia, ni es un consenso”. La violencia y el consenso son los instrumentos o los resultados, sin constituir el principio o la naturaleza básica del poder. El ejercicio del poder consiste en “guiar las posibilidades de conducta y disponerlas con el propósito de obtener posibles resultados”. Así pues, en la atención del parto, el obstetra actúa sobre las acciones de la parturienta: incitando, induciendo y por lo tanto facilitando o dificultando el alumbramiento, visto como una “acción” que involucra otras “acciones”: pujar, respirar, caminar, relajarse, etc.; y que según Fernández (1994), son obstaculizadas por la práctica biomédica. La atención del parto implica una relación de poder entre el especialista y la parturienta. El obstetra busca el “consentimiento” (Rabinow y Dreyfus, 2001[1983]) de la mujer (con parto fisiológico) para la aplicación de las técnicas. Pero, también “actúa sobre el cuerpo” de la parturienta coaccionándola a aceptar los procedimientos de atención; en nombre de la legitimidad profesional y del discurso maternal. Foucault (Rabinow y Dreyfus, 2001[1983]) plantea que “la relación de violencia actúa sobre el cuerpo [...] lo fuerza, lo abate, lo quiebra, o le cierra la puerta a toda posibilidad. Su polo opuesto puede ser la pasividad, y si se acerca alguna resistencia no hay otra opción sino tratar de minimizarla”. Durante el parto biomédico, el profesional requiere de la colaboración de la parturienta para poder aplicar las técnicas de atención. Si por alguna razón ésta no acepta alguno de los procedimientos, los profesionales se basan en los criterios científicos para “minimizar” su resistencia. Asimismo, Foucault (Rabinow y Dreyfus, 2001:244 [1983]) aclara que “la profesión médica no es criticada por sus provechosas preocupaciones, sino porque ejerce un poder descontrolado sobre los cuerpos de las personas, su salud, su vida y su muerte”.

El parto, en La Maternidad, es un momento de vulnerabilidad para la parturienta, tanto por su condición social y económica, como por su dimensión humana corporal y por el acto mismo de parir. Para Butler (2003), los seres humanos somos “cuerpos socialmente constituidos”; vinculados y expuestos a otros y en consecuencia vulnerables, expuestos a la violencia. “El cuerpo implica mortalidad, vulnerabilidad, agencia: la piel y la carne nos exponen a la mirada de otros, pero también al tacto y a la violencia”. La vulnerabilidad es evocada por la obstetricia biomédica con sus “normas de reconocimiento” propias: la parturienta es vulnerable ante el riesgo de muerte (al igual que su hijo o hija). Siendo este cuerpo “constituido socialmente” como maternal y responsable del neonato, tiene una “dimensión pública”: estar expuesto al control, a la mirada de los profesionales, que salvan a este cuerpo de su vulnerabilidad. Pero existe otra dimensión de la vulnerabilidad, que no es reconocida por esas normas: la condición humana de estar expuesta a la violencia. En este sentido, la parturienta es vulnerable a sufrir un trato violento que deriva de esas mismas normas, que no reconocen que esta mujer es un sujeto que tiene agencia, que tiene autonomía, que es diverso y que está viviendo un proceso fisiológico normal.

La práctica obstétrica y su aceptación por parte de las parturientas tienen como fundamentos el reconocimiento científico-técnico y la reproducción de los discursos maternalistas. La sociedad exalta y reconoce únicamente el “modelo de mujer-madre” y estimula a las mujeres a verse en ese rol: “La que no cumple, fracasa [...]” (Vain, 1997: 39). De esta forma, los adelantos tecnológicos en obstetricia reproducen el imaginario de la maternidad y a su vez lo refuerzan. En un estudio sobre la maternidad en Argentina, Patricia Schwarz (2009) evidencia un proceso de naturalización de la intervención médica del parto, tanto entre los profesionales como entre las usuarias de los servicios. Realidad que contrasta con los movimientos que critican a la atención hospitalaria del parto por su violencia, en ese mismo país.

El parto: entre la higiene y el riesgo

Los protocolos de atención de la obstetricia están basados en criterios científicos que resaltan la higiene y el riesgo. Un aspecto del concepto de riesgo relaciona la falta de higiene con la probabilidad de sufrir infecciones, tanto para la madre, como para su hijo o hija. Otro aspecto del riesgo está relacionado con los conocimientos que posee la persona que atiende el parto. Dado que el parto se considera un proceso patológico, el riesgo aumentaría cuando es asistido por una persona que desconoce las normas higiénicas y las técnicas de la atención biomédica. Sin embargo, como plantea Douglas (2007) el riesgo también es un criterio creado culturalmente.

A través del riesgo se define lo permitido y lo prohibido; es decir, lo que conserva o lo que amenaza la organización social, el orden, o la salud. Incurrir en lo prohibido supone un riesgo: el desorden, lo sucio, que daña tanto al propio sujeto, como al conjunto social. No obstante, el riesgo no existe en sí mismo, depende del “ojo del espectador”. Su reconocimiento depende de las normas sociales que maneja cada espectador sobre el orden, y cuya transgresión está limitada por amenazas que ejercen coerción y que ayudan a sostener y definir las reglas sociales. Los criterios sobre la contaminación tienen una carga simbólica y “[...] pueden considerarse como expresiones de simetría o de jerarquía”. Ordenar implica “[...] imponer un sistema a la experiencia desordenada por naturaleza [...]”, a través de la “separación, la purificación, la demarcación y el castigo de las transgresiones. Implica el rechazo de los elementos inapropiados” (Douglas, 2007:20). Así, el concepto de riesgo se corresponde con una forma de organizar la sociedad; siendo el hospital una parte de ese orden social.

El ambiente hospitalario también está sujeto a la clasificación y la separación para evitar el riesgo que implica el desorden y lo sucio. En el acto mismo del parto, el cuerpo de la parturienta es una fuente de símbolos sobre lo sucio. Los orificios corporales constituyen los márgenes del cuerpo de donde brotan “fluidos potencialmente peligrosos y contaminantes” (Douglas, 2007: 141). De esta forma, las concepciones sobre el riesgo quedan ratificadas por la ciencia médica, que acredita prohibiciones como el parto en casa, que en nuestra sociedad se lo podría relacionar con las

prácticas tradicionales de atención, que cuentan con sus propios conceptos de riesgo y de orden; así pues, en contextos específicos, algunas parteras consideran que el contacto del recién nacido con la tierra no es causa de enfermedades (testimonio de partera, MSP, 2010).

Otras formas de parto

La construcción de los distintos significados y creencias sobre la vida y los roles de género son el resultado de contextos histórico-sociales concretos; que se expresan en prácticas específicas que organizan la vida diaria y que determinan el estado físico y fisiológico de los cuerpos. El alumbramiento y sus formas de atención no escapan del marco de estas construcciones culturales; por lo que se hace necesario tomar en consideración lo que Sheila Kisinger (s/f en Platt, 2006) denomina una “sociología comparativa del parto”; que se refiere al estudio de las relaciones entre: sistemas de significación, comportamiento social y estado fisiológico. El acto de parir forma parte de una dinámica social, expresada en valores, símbolos y ritos que contribuyen a reproducir la misma dinámica.

La atención del parto es una construcción cultural e histórica influenciada por múltiples factores sociales, que responden a intereses diversos. Según el médico peruano Huamán (2004: 2), “la obstetricia se inicia en el momento en que el parto deja de ser solitario”; y llama al parto solitario una “manera animal” de parir. Sin embargo, hoy como en la época precolonial, muchas mujeres en América Latina dan a luz sin ninguna ayuda médica y sin complicaciones. La visión de la ciencia formal dominante no ha podido llegar a todos los grupos sociales, permitiendo que prácticas tradicionales se conserven. Las observaciones del médico Paciornik, obstetra que investiga la forma de dar a luz entre las mujeres de la Amazonía brasileña (citado en Fernández, 1994:167), describe una escasa prevalencia de complicaciones obstétricas como: prolapso de órganos pelvianos, hemorroides e incontinencia urinaria y anal, entre las mujeres de esta población. De esta forma, identifica la estrecha “relación” existente “entre comportamiento social y estado fisiológico” (Sheila Kisinger; s/f en Platt, 2006). En

relación al comportamiento social: los indígenas pasan gran parte del tiempo en cuclillas, “los indios descansan, cocinan y trabajan en cuclillas”. Y en relación al estado fisiológico: Paciornik (citado en Fernández, 1994) señala que el permanecer en cuclillas favorece una mejor tensión y desarrollo de la musculatura perineal, lo que determina un estado físico beneficioso para las mujeres al momento de dar a luz, puesto que adoptan tal posición.

Las formas de dar a luz han cambiado a través de los siglos. Al parecer, incluso el ejercicio de las parteras fue una práctica introducida por los españoles durante la conquista. María Soledad Zárate (2008: 43) menciona las observaciones de Diego Rosales, en el siglo XVII, sobre los mapuches: “las mujeres de ancestrales pueblos originarios se alejaban de sus comunidades para dar a luz en la más completa soledad”. Los mapuches veían al parto como “un acto impuro”, creencia que estimulaba a las mujeres a retirarse para dar a luz solas. La observación de Diego Rosales coincide con las afirmaciones del “Inca Garcilaso de la Vega: Las indias paren sin parteras, no las hay entre ellas, siendo esta la común costumbre, hecha ya la naturaleza, sin distinción de ricas a pobres ni de nobles a plebeyas” (Huamán, 2004:2).

Debido a factores tanto étnico-culturales, como históricos y económicos, en nuestro país todavía persiste el parto domiciliario atendido por comadronas o parteras. En Guamote, cantón de la provincia del Chimborazo y el quinto más pobre del país (90% de pobreza), la mayoría de mujeres dan a luz en su propia casa; menos del 10% acuden para ello al hospital. Una gran cantidad de partos son atendidos por parteras y un significativo porcentaje de mujeres no recibe atención en el momento del parto (Manocchio, 2002:24). Las unidades de salud son criticadas por la mala atención. La mayor parte de su población es indígena y rehúsan acudir a los servicios médicos “por razones culturales”. Así mismo, la provincia del Chimborazo muestra elevados índices de mortalidad materna e infantil. Seguramente, consecuencia de los niveles de pobreza y malnutrición asociada; si acaso por las prácticas tradicionales de atención.

Algunas de las distintas técnicas y concepciones del parto tradicional coinciden con las observaciones biomédicas: la percepción del dolor, la toma del pulso, la presunción de un embarazo por la ausencia de mens-

truación, el paño o cloasma, náuseas, vómitos y pigmentación de los pezones. La forma de atención tiene varias diferencias; por ejemplo, las parteras acuden al domicilio de las parturientas que en la mayoría de los casos permanecen acompañadas por un familiar. Es decir, tienen su parto en un ambiente acogedor, amable para ellas y en este sentido en un “ambiente caliente”.

Los criterios sobre higiene en relación al trabajo de las parteras y su falta de conocimientos científicos son (como en épocas pasadas) argumentos actualmente usados por los profesionales de la biomedicina para desaconsejar la atención con parteras. Algunos las califican como “un peligro ya que no siguen las normas de higiene y no están capacitadas” (MSP, 2010: 35). Esta realidad nos sugiere un escenario de pluralismo médico, puesto que parte de la población ecuatoriana hace uso de dos modelos médicos distintos; el biomédico y el tradicional; pero, además, nos sugiere un escenario de disputas médicas, en el cual el parto tradicional es devaluado, mientras que el parto biomédico está en proceso de legitimación entre la población.

El cuestionamiento a la biomedicina ha permitido el desarrollo de alternativas distintas en la atención del parto. Una corriente que aporta una visión distinta y cuestionadora del modelo biomédico, con grupos en varios países de América Latina, como Ecuador y Argentina, es la corriente del parto humanizado, que considera el acto de parir como “un proceso involuntario e incontrolable como el orgasmo o el sueño, sólo que infinitamente más complejo, sutil y arriesgado” (Fernández, 1994:37 y 25). Advierten que el estrés del ambiente hospitalario inhibe el parto: “se hace más difícil, más lento, más complicado, más peligroso” y se vuelve susceptible de requerir atenciones médicas especializadas, como la cesárea. El movimiento por la humanización del parto “tiene un criterio de mínima intervención y máximo respeto por los procesos naturales”. Critica a la obstetricia por tener una visión del parto masculina y mecanicista, que no permite a la parturienta vivir el ámbito emocional no demostrable científicamente y a la vez destruido por la intervención. Plantea que la obstetricia interviene para resolver problemas provocados por su excesiva intervención, ya que pretende controlar un proceso “que en sí mismo es incontrolable y al que con frecuencia inhibe”.

Tensiones en la atención del parto

Para varias mujeres, la maternidad sigue siendo una forma de “reconocimiento social” (Butler 2006 [2004]); que se mantiene como una institución sustentada en tres mecanismos sociales: el legal, el moral y el de la salud. Su ejercicio plantea contradicciones entre los aspectos simbólicos y los concretos. Los primeros caracterizados por imaginarios de amor y de entrega gustosa. Los segundos marcados por las realidades económicas y políticas particulares de los sujetos (Palomar, 2004), configurando maternidades diversas.

A través del disciplinamiento maternalista, las mujeres son persuadidas a la atención biomédica del parto. Los discursos de la higiene y los del alumbramiento (visto como un evento en sí mismo riesgoso y patológico) inducen en las mujeres la idea de que la técnica biomédica es indispensable para un parto normal. El ambiente hospitalario constituye un escenario en el cual se establecen relaciones de poder entre los profesionales y las parturientas; un espacio en el cual, a través de la prédica de un amor idealizado y del discurso técnico-científico, se evidencia un disciplinamiento violento de las mujeres hacia la maternidad. De este modo, el parto biomédico es un evento en el que se homogeniza e inmoviliza a las parturientas para permitir el control y la acción biomédica. Un acontecimiento en el cual se ocultan las realidades diversas de las parturientas marcadas por la clase, la etnia y la edad. El discurso biomédico ejerce una violencia simbólica al imponer su propia visión, al invalidar formas de atención tradicionales que en ciertos sectores de la población ecuatoriana son totalmente válidas, constituyendo un escenario de pluralismo en la atención del parto, resultado de las circunstancias históricas, sociales y culturales propias.

Las críticas al modelo biomédico se concentran en las voces de grupos que reclaman por una atención del parto humanizada, que en nuestro país parecen concentrarse entre grupos que cuentan con condiciones sociales y económicas favorables y últimamente por grupos como la RELACAHUPAN (2011) que buscan conjugar nociones del parto humanizado y del parto tradicional para aplicarlas en la atención médica a través de las políticas de estado. Algunos de los discursos sobre el parto humanizado recupe-

ran el hogar como escenario principal en la atención del parto (Fernández, 1994). Contrariamente, los discursos biomédicos y estatales pugnan por aumentar la atención hospitalaria del alumbramiento, como una estrategia para disminuir las elevadas tasas de mortalidad materna que tristemente muestra nuestro país, tal como lo señalamos en el primer capítulo.

Notas

- 1 En 1847, en una maternidad de Viena, el médico Ignaz Philipp Semmelweis determinó que el origen de la fiebre puerperal estaba en “que los estudiantes transportaban el material desde los cadáveres hacia la sala de partos...”. En 1880, esta teoría fue ratificada por Louis Pasteur y Amedee Doleris, quienes aislaron el estreptococo, agente causante de la fiebre puerperal (Malvino, 2008).
- 2 El discurso, en el que se articula poder y saber, se constituye en segmentos discontinuos cuya función no es uniforme ni estable. “No hay discurso aceptado y excluido o dominante y dominado... hay multiplicidad de elementos discursivos que actúan en estrategias diferentes”. El discurso y el silencio no están sometidos al poder o levantados contra él. El silencio y el secreto abrigan el poder (Foucault, 2001: 122 [1983]).

Capítulo III

El parto en la maternidad

Isidro Ayora de Quito

El Ecuador del siglo XX fue escenario de la creación de múltiples instituciones enfocadas en la formación de las mujeres como buenas madres. Clark (2001:187) menciona que en las primeras décadas del siglo anterior, “personas con proyectos políticos muy distintos estaban de acuerdo en al menos un asunto: que la dimensión más importante de la identidad femenina era la de madre”.

Aunque existe una idea similar de lo que significa ser madre, la maternidad no es única y uniforme. Mas bien, se constituye en una “institución con sus propias elaboraciones simbólicas” (Sánchez, et al³, 2004: 57), que dista de las experiencias particulares de las mujeres provenientes de distintas culturas y clases sociales. Así, en ciertos sectores de la sociedad está ligada a la imagen de la virgen María, símbolo que reúne los ideales maternos de abnegación, capacidad de sacrificio, soledad y negación del placer sexual (Cuvi y Martínez, 2001), que son manifestados de forma particular en la “etapa biológica” (Chodorow, 1984 [1978]) de la maternidad.

En este capítulo, queremos hacer referencia a los discursos que a través de diferentes épocas construyeron el imaginario social de la maternidad y que persisten hasta nuestros días, revelándose en distintas prácticas sociales, así como en la atención del parto biomédico. De este modo, planteamos el siguiente cuestionamiento: ¿Qué aspectos del discurso de la maternidad se evidencian en la atención del parto biomédico?

Disciplinamiento maternal

Los “elementos recíprocos de poder y saber” (Rabinow y Dreyfus, 2001[1983]) sobre la maternidad han determinado el disciplinamiento de las mujeres en las distintas épocas. En las primeras décadas del siglo XX, la educación sexual de la mujer, tanto en la escuela como dentro del hogar, buscaba la prevención de los riesgos sociales y biológicos que pudieran interferir en el desempeño de la maternidad, vista como su “misión biológica” (Marañón, 1951: 263). La ausencia del instinto maternal fue advertida como un signo de virilismo o intersexualidad considerada patológica. Si bien, en la actualidad estos criterios ya no son tan rígidos, persisten otros que siguen condicionando a las mujeres para cumplir con el rol materno. En este sentido, la figura de la virgen María sigue siendo un símbolo importante de la *feminidad-hegemónica-maternalista* entre distintas poblaciones ecuatorianas, en donde los discursos de la iglesia católica cumplen una importante función educativa. Cuví y Martínez (2001: 320-323) evidencian que en la actualidad el modelo mariano de mujer: virgen-madre prevalece en el imaginario de gran parte de la sociedad ecuatoriana. Señalan atributos que definen este modelo: sufrimiento, sacrificio, castidad, tolerancia y abnegación con tintes heroicos; sexualidad como entrega, que motiva acciones que niegan su lado activo y positivo; placer sexual transformado en ternura, vivido como peligro, con vergüenza o negación.

En palabras de Foucault (Rabinow y Dreyfus, 2001:247 [1983]), podríamos decir que la maternidad simboliza una forma ideal de sujeto, a través de la cual la individualidad de las mujeres se configura para someterse a patrones específicos e integrarse al conjunto social. El ideal maternal se establece como una función social normal de las mujeres, que encuentra en el escenario familiar un “lugar de emergencia privilegiado”, dada su función disciplinaria sobre lo normal y lo anormal (Foucault 2009:219 [1975]), contribuyendo a reproducir la imagen de una feminidad-hegemónica-maternalista; es decir, un imaginario dominante sobre lo que son o deberían ser las mujeres, como un “pacto social que combina coerción y consenso” (Cuví y Martínez, 2001: 327). Un pacto que es evidenciado

en los diversos aspectos de la vida, así como en la forma de experimentar la sexualidad; que se refleja en múltiples escenarios, siendo uno de estos la atención hospitalaria del parto biomédico.

Dado que el parto se considera “un acontecimiento de la vida sexual” de las mujeres (Fernández, 2004:52), proponemos que el disciplinamiento maternal condiciona la forma de sentir o vivir el parto, así como las acciones que las mujeres están dispuestas a aceptar durante la atención biomédica, que pueden ser fuente de dolor, ansiedad y sufrimiento; y que dan sentido a la figura de la madre sacrificada, asexual y amorosa. Si como dice Weeks (1998: 29-30 [1986]), la biología se constituye en “una serie de potenciales que se transforman y adquieren significado sólo en las relaciones sociales”, bien podemos cuestionar algunas imágenes clásicas del alumbramiento, como el dolor y el sacrificio corporal. Así, podremos comprender mejor lo que otros autores plantean sobre el alumbramiento: un momento placentero, orgásmico¹, entorpecido por el miedo, el estrés y la ansiedad que provoca la atención hospitalaria del parto normal, visto como enfermedad (Fernández, 1994).

Con el fin de evidenciar los distintos discursos maternos, a continuación haremos referencia a una institución pública dedicada a la atención obstétrica hospitalaria.

Antecedentes

El Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (en adelante La Maternidad) celebró en el 2001 sus 50 años de vida. Esta conmemoración motivó que en la revista de la institución se publicaran algunas reseñas históricas sobre los distintos servicios hospitalarios. Los jefes de cada servicio relataron sus años de trabajo y los cambios en el uso de las técnicas médicas. En las crónicas, se revela una exaltación del nombre del doctor Isidro Ayora, considerado “patrono y maestro de la obstetricia contemporánea” (HGOIA, 2008:15 [2001]). No obstante, existe otra figura de notable importancia en la historia de La Maternidad: la matrona Juana Miranda; cuyo rostro, plasmado en un cuadro antiguo ubicado en la oficina del

director, nos sugiere un pasado mucho más remoto que el de 1951, año inaugural de La Maternidad. Una época en la cual, las protagonistas de la atención del parto eran mayoritariamente las mujeres, certificadas o no como matronas.

En el Ecuador del siglo XIX, la profesión de matrona u obstetrix era la única ejercida legal y públicamente por las mujeres. La primera escuela de Obstetricia se formó en 1835. La enseñanza obstétrica estaba en manos de matronas provenientes de París o Perú; y era la facultad médica de la Universidad Central de Quito, creada en 1827, la que emitía los permisos para el ejercicio de la obstetricia (Landázuri, 2004: 129).

Debido a las limitaciones materiales, la enseñanza obstétrica y su práctica se caracterizaron por etapas discontinuas, por lo que el número de graduadas, la ubicación de la enseñanza y la consiguiente atención de los partos, variaron a través de los años. Así, una nueva Escuela de Obstetricia se fundó en la Universidad Central de Quito en 1866, y funcionó hasta 1870. Entre las estudiantes de esta escuela figuraron Juliana Vallejo y Juana Miranda, mencionada anteriormente.

Después de su graduación, Juana Miranda trabajó por varios años atendiendo partos a domicilio. Dada las dificultades económicas de muchas parturientas, advirtió la necesidad de crear una Maternidad para la atención gratuita de los partos. En 1892, tras la muerte de la obstetra Juliana Vallejo, anteriormente nombrada, “Juana pide al Senador Federico González Suárez que la casa de Juliana sea adjudicada para Maternidad” (Landázuri, 2004: 224). Tras varias dificultades, La Maternidad fue inaugurada el 1 de noviembre de 1899 en la casa de la obstetrix Juliana Vallejo, con el nombre de Asilo Vallejo Rodríguez; en honor a quien, mediante testamento, destinó sus bienes a la atención obstétrica, en beneficio de la “indigencia y el saber”. Al acto de inauguración acudieron varias autoridades. La única mujer presente fue la profesora Juana Miranda, impulsora del proyecto. Al final, el acta de inauguración fue firmada por todos los concurrentes, excepto por Juana Miranda.

Desde su creación, La Maternidad estuvo destinada a la atención de las mujeres de los sectores más pobres del país; así pues, Landázuri (2004: 260-264) nos presenta el texto que figura en el Acta de Inauguración:

La protección y el amparo de la mujer y de la infancia son, á no dudarlo, los títulos más gloriosos de la Caridad cristiana; y si la mujer es una madre y el niño un recién nacido, resalta más aún lo grandioso y meritorio de aquella virtud incomparable. Las miserias y desgracias son más crueles, más desgarradoras cuando sobrevienen en medio de la debilidad y la pobreza [...] Hoy que las naciones se hallan a la vanguardia de la civilización se disputan a porfía la preeminencia en el socorro de los menesterosos, no era justo ni disculpable que sólo nosotros presenciáramos indolentes los sufrimientos de la infeliz mujer, en una de las situaciones más angustiosas de su vida, la de ser madre. Justo es... que consideremos este día, en que se instala la Maternidad, como digno de figurar entre los mejores que han brillado en los fastos de nuestra beneficencia pública [...] para beneficio de la indigencia y el saber [...] por falta de un asilo que, en algún tanto, moralice la sociedad.

Los discursos dominantes sobre la maternidad quedaron cristalizados en una institución que serviría como símbolo de un ejercicio maternal visto como “grandioso” y “virtuoso”; considerado más profundo y noble si se vincula con la pobreza. Es decir, La Maternidad Vallejo Rodríguez sirvió como símbolo del discurso maternal moralista, a través del cual se buscó disminuir la mortalidad infantil relacionada con la falta del instinto materno científicamente formado. Al mismo tiempo, mediante la idea de beneficencia o caridad cristiana, los profesionales accedían fácilmente a cuerpos que al estar ligados con la pobreza eran señalados como públicos; contribuyendo con el proceso de legitimación de la biomedicina entre la población.

Pero, no sólo la pobreza de la futura madre era un criterio que apoyaba la creación de una Maternidad. Según Landázuri (2004: 78), muchos médicos vieron con buenos ojos la existencia de una “Maternidad que acoja a las mujeres en secreto y que mantenga a los recién nacidos en forma benéfica”, ya que la identidad paterna se veía en riesgo cuando aquellos hombres pertenecientes a ciertos círculos sociales procreaban hijos fuera del matrimonio, siendo ésta una de las razones por las cuales se defendía el secreto profesional en el ejercicio de la partería. Por tanto, La Maternidad estaba destinada a las “madres pobres o mujeres livianas que tratan de librarse del ser que llevan en sus senos”, como una estrategia para evitar el aborto provocado.

Al mismo tiempo, la profesión de matrona era totalmente desvalorizada. Como profesora de obstetricia (desde 1841 hasta 1907, fecha de su jubilación), Juana ganaba 480 sucres por año, frente a los 1200 sucres que ganaban los demás profesores². Muchos consideraban esta profesión “degradante para que la ejerciera un médico y adecuada sólo para que mujeres sin mayor preparación intervengan” (Landázuri, 2004:77). Juana impartía clases a los jóvenes estudiantes de medicina de la Universidad Central de Quito. Entre sus alumnos figuró Isidro Ayora Cueva, quien más tarde se desempeñó como director de La Maternidad. En su ejercicio profesional, aplicó los modernos conocimientos adquiridos en Berlín, durante sus estudios de especialización en obstetricia y ginecología.

Al parecer, a medida que los médicos se involucraron en la atención del parto, desarrollaron una campaña para desprestigiar y minimizar el trabajo de las mujeres obstetricas, que en aquella época contaban con muchísima más experiencia. En 1916, el doctor Isidro Ayora, director de la Maternidad Vallejo Rodríguez desde 1910, junto a los médicos Drouet y Villamar, habría presentado un proyecto de plan general de estudios de Medicina en el que se calificaba a las obstetricas como incompetentes e incapaces para atender un parto, pretendiendo suprimir este título profesional (Landázuri, 2004:190). Sin embargo, los esfuerzos estatales enfocados en disminuir los elevados índices de mortalidad infantil, y que tenían como eje principal la responsabilidad de las mujeres en todas las tareas asociadas con la maternidad, apoyaron la continuación de la obstetricia desempeñada por mujeres; en un contexto en el cual preocupaba la despoblación de las ciudades (Clark, 2001).

Cabe señalar que, desde sus inicios, La Maternidad Vallejo Rodríguez atravesó por distintas dificultades debido a la escasez de materiales y de espacio. En 1902 (con Juana Miranda como directora), la gran afluencia de mujeres y la escasez de camas era un problema constante que las autoridades pretendían resolver limitando el ingreso de las parturientas (Landázuri, 2004:276). Años más tarde, el 28 de marzo de 1951, cuando los médicos habían ganado protagonismo en el ejercicio obstétrico, fue inaugurada una nueva maternidad denominada Maternidad Isidro Ayora, con capacidad para 163 camas, para una población de 200 000 habitantes en Quito (HGOIA, 2008 [2001]).

La Maternidad

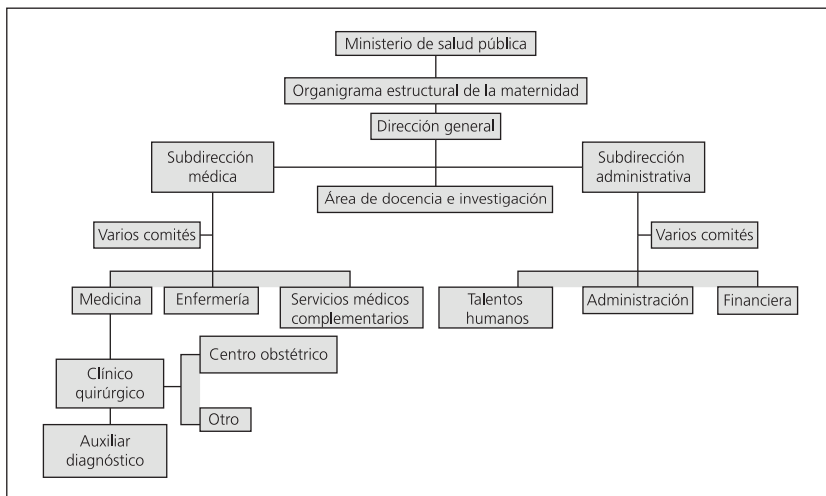
En la actualidad, las figuras de los médicos son las que prevalecen tanto en la dirección como en el trabajo diario dentro de La Maternidad. En su memoria, sobresale la imagen del doctor Isidro Ayora nombrado maestro de la obstetricia contemporánea; tal como lo evidenciamos en la publicación conmemorativa de la revista del hospital (HGOIA, 2008 [2001]).

A pesar de los cambios físicos (como la adecuación del área para adolescentes), La Maternidad “mantiene una estructura similar a la del año 51”. En contraste, se atiende a una gran cantidad de usuarias, que superan en seis veces a la población original. “En estos años, ni la infraestructura, ni el personal, se han incrementado en forma proporcional” (HGOIA, 2008 [2001]). Según el diagnóstico situacional de Veeduría (Distrito Metropolitano de Quito, 2007), existe sobreocupación de los espacios que “sobrepasa los estándares recomendados, y a pesar del aumento en la demanda, no se ha incrementado el número de camas en los diferentes servicios” (HGOIA, 2008 [2001]). Los datos estadísticos, publicados en la página web de La Maternidad, indican que la demanda de los servicios, y del centro obstétrico en especial, se incrementa año tras año; así pues, en 2010 se atendieron en total 11 618 partos, de los cuales 7 741 corresponden a partos normales. En 2009 el total de partos normales habría sido de 7 667 y en 2007 de 7 459 (HGOIA, 2010) (ver Tabla 1).

Las edades de las mujeres que acuden para la atención del parto varían entre diez y más de 36 años. El mayor número de partos ocurre entre mujeres de veinte a 35 años. En 2009, en este grupo etario hubo 4 811 partos normales. Entre las mujeres de 15 a 19 años hubo 2 279 partos y entre las de diez a 14 años hubo 84 partos normales. No se registra el número de atenciones en relación al grupo étnico o procedencia social (HGOIA, 2010).

A diferencia de los primeros años, La Maternidad cuenta con una organización mucho más compleja, que incluye: la dirección general integrada por varios consejos y comités; la subdirección médica que tiene a su cargo las distintas áreas de atención, entre ellas el centro obstétrico; el área docente y de investigación; y por último, la subdirección administrativa que dirige varios departamentos.

Diagrama 3
Organigrama estructural de La Maternidad



Fuente: HGOIA (2001)

El área de docencia e investigación está a cargo de los médicos tratantes o especialistas. Funciona en varios niveles de formación profesional: pregrado, postgrado, pasantías y proyectos de investigación. Todos los días, varios grupos de estudiantes acuden con sus respectivos tutores y visitan las diferentes áreas del hospital: Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Enfermería (HGOIA, 2008).

La Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador tiene una especial presencia a través de las estudiantes de medicina: externos, internos rotativos y residentes; y de las estudiantes de enfermería y obstetricia. Los alumnos y las alumnas se desenvuelven en todos los departamentos del hospital, bajo la dirección de los diferentes jefes de servicio y de los profesores universitarios. Gran parte del trabajo está a cargo de las estudiantes y los estudiantes de pregrado y de postgrado, organizados en turnos rotativos y obligatorios.

A continuación, describiremos el trayecto de las parturientas desde su llegada al servicio de emergencia hasta el ingreso en el centro obstétrico, y la permanencia en los distintos espacios de este servicio, dedicado a las emergencias por sangrados vaginales y a la atención de los partos.

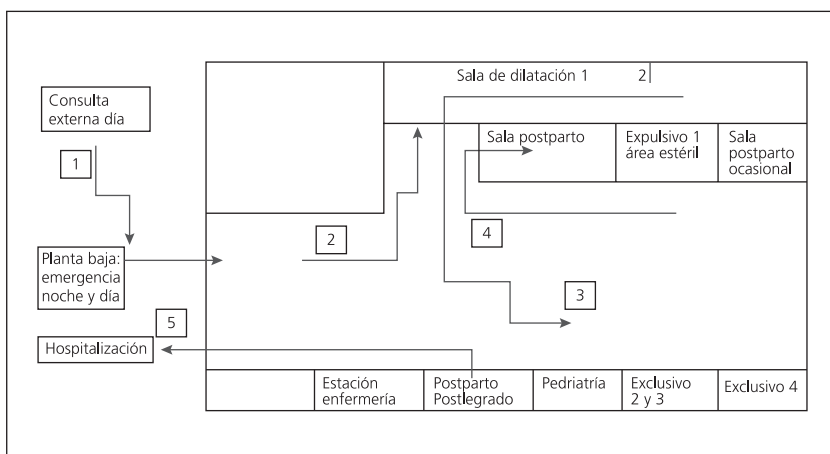
El ingreso al centro obstétrico

En el exterior de La Maternidad, es común observar a varias embarazadas y sus familiares en espera de la atención profesional. Algunas aguardan por largo tiempo para ser ingresadas en la unidad obstétrica; pues, en ausencia de patología, la admisión dependerá de la intensidad de los síntomas.

Por lo general, las parturientas ingresan solas al servicio de emergencia, en donde son revisadas por el médico o médica de turno y por las enfermeras. Las mujeres que presentan signos de parto o síntomas de alguna patología son despojadas de toda su ropa y vestidas con una bata celeste, para luego ser llevadas al centro obstétrico, ubicado en el segundo piso.

El centro obstétrico es una zona considerada aséptica, a donde acuden todas las mujeres con embarazo a término, con embarazo patológico y aquellas que presentan sangrados vaginales que requieren un legrado. En esta área, está prohibido el ingreso con ropa de uso común. El personal de salud ingresa con uniforme verde, que incluye zapatos de tela que cubren el calzado y una gorra en la cabeza. Cuenta con varios espacios destinados a la atención de los partos: sala de dilatación, salas de expulsivo y salas postparto; además de las salas para legrados (ver Diagrama 4).

Diagrama 4
Centro obstétrico: trayecto de las parturientas



Sala de dilatación

La sala de dilatación corresponde a un espacio rectangular de más o menos 14 metros de largo. En ésta, cada parturienta permanece en su respectiva camilla ordenada una junto a la otra. Se recuestan boca arriba con las piernas abiertas (posición de litotomía), quedando el periné a vista de todo el personal que observa la evolución del proceso; algunas se cubren con una manta verde proporcionada por enfermería.

Aparentemente hay dos grupos de usuarias: mujeres con pronóstico de parto normal (parto eutósico) y mujeres que requieren una cesárea. Sin embargo, las vivencias de las usuarias son más conflictivas cuando se repara en aspectos personales o emocionales. Por ejemplo, se observan mujeres que, obligadas por las molestias corporales, sufren el dolor emocional de un parto provocado; y aunque en estos momentos la atención del aspecto emocional o psicológico se vuelve indispensable, no está cubierta.

El tiempo de permanencia en la sala de dilatación varía para cada mujer. Es frecuente observar a las parturientas quejándose y gimiendo del dolor. Algunas lucen cansadas, doloridas y muestran cierta desesperación:

María José: “Ya no avanzo! – hágame cesárea por favor!”

[Después de unos minutos pregunta] “joven, ¿hasta cuándo?”.

Interno [Estudiante de medicina]: “esperemos 15 minutos más”.

Se la observa exhausta, cansada, se duerme por momentos. Los ojos entreabiertos. Muestra ojeras (Observación 1, 2010).

Los internos y los residentes aguardan pacientemente la proximidad del periodo de expulsión fetal. Mientras tanto, se desligan por cortos momentos de lo que acontece con las parturientas; no obstante, las revisiones son frecuentes.

Como parte de los controles, el tacto vaginal es una práctica común y necesaria. Permite comprobar la dilatación del cérvix (cuello uterino que se abre hasta diez centímetros, aproximadamente) y el descenso del feto. La mayoría de mujeres, incluso las más jóvenes, saben que este procedimiento es necesario; pero, en algunas ocasiones se resisten al mismo, aunque finalmente acceden. El tacto vaginal es un procedimiento más bien subjetivo. El personal realiza este examen de forma muy aséptica, no sólo en el sentido de la desinfección, sino en el sentido de la frialdad o profesionalidad que involucra. En el caso de María José, éste examen fue realizado por tres residentes de ginecología para decidir entre esperar la evolución normal del parto o realizar cesárea. La joven llevaba algunas horas en la sala de dilatación:

Se aproximan tres ginecólogos con varios internos para hacer una revisión a todas las mujeres. Cuando se acercan a María José, el Dr. Juan se coloca un guante para hacerle un tacto vaginal.

Dr. Juan: “tranquila”. La señora puja y se queja.

Luego se acerca el Dr. Miguel y le realiza otro tacto vaginal y por último el Dr. Paco para realizarle un tercer tacto. Mientras realizan el examen, intercambian impresiones. Se ponen de acuerdo: “si en treinta minutos no sale el bebé, pasa a cesárea...”.

Después de casi una hora, se acerca nuevamente el Dr. Juan y realiza otro tacto vaginal: “puja abajo, como que te haces la deposición. Dale. Tienes que pujar abajo *mija*, si no tu bebé está mucho tiempo aquí...”. María José, recostada, sigue pujando (Observación 1, 2010).

La práctica médica plantea varias contradicciones frente a las normas del Componente Normativo Materno Neonatal (MSP, 2008b: 42), que respecto al tacto vaginal anota: “anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. Repetir el examen cuando sea estrictamente necesario, habitualmente cada cuatro horas, registrado en el partograma”. En el caso de María José, estas indicaciones no se cumplieron. Igualmente, se recomienda permitir la libertad de movimientos, aunque con precauciones en casos de patología específica, como prolapso de cordón. No obstante, el ambiente está organizado para que las parturientas permanezcan cada una en su respectivo lecho. El espacio limitado y la gran cantidad de usuarias, son características que en principio obstaculizarían el cumplimiento de estas recomendaciones; por cierto, reclamadas por algunas mujeres:

En la sala de dilatación, Laura pregunta: “puedo sentarme”. Cuando empieza a gritar las doctoras le dicen: “no grite, aquí hay más mujeres y les asusta. Respire y cálmese”.

Laura responde: “es que ya no puedo me duele mucho”.

Las doctoras e internas se muestran atareadas tomando signos vitales y haciendo evoluciones.

Laura sigue gritando: “¿me puedo sentar? Auxilio. Ayúdenme por favor, ayúdenme”. Pero, nadie le responde.

Después de más o menos una hora, Laura empieza a pujar más fuerte. Entonces, la residente observa su estado, revisa su área vaginal, y grita: “parto!” (Observación 4, 2011).

El corredor: camino a la sala de expulsivo

Diagnosticada la etapa de expulsivo, las enfermeras y auxiliares se dirigen rápidamente a la respectiva sala para organizar el equipo estéril. Los médicos y médicas de turno cumplen con el lavado quirúrgico de las manos, la colocación de la bata estéril (sobre el uniforme que ya llevan puesto), la mascarilla y los guantes estériles.

La salida del área de dilatación expone a las mujeres a las miradas rutinarias e indiferentes del resto del personal. Muchas de ellas, en medio de

cierta desesperación, no se percatan de la presencia de algún estudiante que las observa con sobresalto disimulado. Otras, a pesar de los dolores y del cansancio, intentan cubrirse de las miradas de los hombres: médicos, enfermeros o auxiliares, que observan sin mayor atención.

El nacimiento del neonato en la camilla que en primera instancia ocupa la parturienta se considera un “parto contaminado”. Por lo tanto, el personal cuida que el niño o la niña no salgan del canal vaginal durante el traslado a la nueva sala. Un parto contaminado obliga a mantener al recién nacido internado por algunos días en el hospital, mientras se realizan algunos exámenes para identificar cualquier proceso infeccioso. Además, esta circunstancia indicaría que se ha realizado un control o atención deficientes.

Cuando la salida del niño o de la niña es inminente, el traslado se convierte en una situación angustiada para la madre. Pues, mientras en la sala de dilatación era alentada a pujar y abrir las piernas; durante el trayecto a la sala de expulsivo los profesionales ordenan con insistencia: no pujar, cerrar las piernas y respirar. Al mismo tiempo, algún profesional coloca, en la región vaginal, una de sus manos con el respectivo guante estéril para evitar la salida del niño:

La parturienta grita: “ya está abajo”. En este momento el personal cierra las piernas de la mujer. Una interna coloca su mano en la región vaginal: “cierre las piernas, no pujan”. La mujer grita: “no puedo”. Se queja (Observación 3, 2011). La señora es llevada rápidamente a la sala de expulsivo. El parto estaba en curso. Una de las internas coloca su mano en el área vaginal para evitar la salida del niño (Observación 2, 2010).

Estas acciones resultan molestas para las mujeres, quienes después de haber soportado varias horas de dolores, ansiedad y llamadas de atención por no pujar bien, son obligadas a detener los pujos y obstaculizar la salida del niño o niña. De esta forma, el proceso del parto se ve entorpecido por las obligaciones del personal para cumplir con el protocolo de higiene y atención rutinaria que asegura la asepsia³ y evita el contagio de enfermedades infecciosas.

En la sala de expulsivo

Ya en la sala de expulsivo, es indispensable que las parturientas cambien de camilla. En ciertas ocasiones, se ven solas en medio de las órdenes; obligadas a impulsarse de una a otra litera o mesa ginecológica, que presenta como obstáculos unos fierros o pierneras; mientras tanto, deben contener los pujos y por lo tanto el parto. En estos momentos, el personal se esmera en evitar el nacimiento en condiciones consideradas contaminadas; es decir, en la primera camilla (que suele estar manchada con secreciones corporales), sin campos estériles o recibido sin guantes estériles.

Después de los ajetreos, y ya instaladas en la mesa ginecológica, algunas mujeres presentan una interrupción de los pujos. El personal suele alentar a la parturienta para que puje con fuerza; mientras la ayudan levantando su cabeza hasta que el mentón toca el pecho:

La interna, ubicada hacia el lado izquierdo, recomienda a María José: “no grite, puje”. María exclama: “quiero estirarme un ratito” [intenta levantar las piernas que descansan en las pierneras de la mesa ginecológica] La interna ordena: “no puede. Respire, después estiramos la pierna... ya! Respire” [María José intenta llevar la mano al abdomen] “No se toque. Cuando venga el pujo, puje” (Observación 1, 2010).

El interno de medicina aconseja a una parturienta: “Puje bien. Toda la fuerza la deja en la garganta. Puje bien! No grite!” (Observación 2, 2010).

Tras el nacimiento, el recién nacido es colocado en el vientre de la madre; mientras tanto, los profesionales limpian y aspiran las secreciones de su boca y nariz. Después de cortar el cordón umbilical, es llevado a una sala para el examen físico correspondiente. Posteriormente es presentado a su madre, quien observa su sexo para identificar su género. Luego, es llevado a la sala de pediatría en donde será bañado y alimentado. Permanecerá en esta sala hasta que su madre pase a hospitalización, en donde permanecerán juntos.

La siguiente etapa es la salida de la placenta. La atención termina con la sutura de la episiotomía o de algún desgarro perineal, en caso de haberse producido. La parturienta permanece recostada hasta que los auxiliares de

enfermería se acercan. Nuevamente es cambiada de camilla para ser llevada a la sala de postparto; en donde permanece por varias horas. Más tarde será trasladada a la sala de hospitalización. Para algunas mujeres, éstas son horas de angustia y preocupación, pues no pueden ver a sus hijos y tampoco hablar con sus familiares.

La práctica frente a las normas

Para los profesionales en formación, el hospital representa el culmen de la ciencia y de la práctica médica. La higiene, los recursos materiales y la presencia de los expertos, son características que permitirían disminuir los potenciales riesgos del parto y evitar las complicaciones: “Todo parto debe ser atendido en el hospital para evitar complicaciones como el sangrado, y para ocluir correctamente el cordón umbilical; por los instrumentos que se tiene, por la higiene... siempre debe ser bajo manos profesionales, con personas que sepan” (Entrevista a IA, 2011).

Los médicos y médicas reconocen que las usuarias del servicio son mujeres de sectores sociales y económicos empobrecidos, en cuyos cuerpos aprenden, practican: “Yo no pasaría por aquí, porque no me gusta [...] Es un hospital docente y uno viene aquí a aprender, y yo no me voy a prestar a que aprendan conmigo. Si no hay este tipo de gente cómo aprendemos nosotros” (Entrevista a IB, 2011). Esta circunstancia condiciona la relación que se establece entre profesionales y parturientas; en la cual, los médicos son reconocidos por su preparación científica y su posición social.

Los profesionales suelen dirigirse a las mujeres en tono impositivo. Esperan que, en su condición de madres, estén dispuestas a obedecer y a colaborar acatando las órdenes que se dan por su propio bienestar y el de sus hijos. Si las parturientas obedecen es sinónimo de colaboración. Si no colaboran o muestran su ansiedad en forma intensa, podrían ser catalogadas como portadoras de algún trastorno psicológico:

El último parto que atendí fue fatal, el peor que pude tener. La paciente vio las tijeras y se quiso botar de la camilla. Gritó “no me corte”. La peor pa-

ciente. Se lanzaba. No colaboraba. No pujaba. Con decirle que tuvo unos desgarros terribles, terribles.... Era joven, de 16 años. Imagínese: adolescente. Primer hijo. No sabemos qué clase de estrés habría tenido. Llegó en expulsivo. El bebé estuvo ahí y se regresaba. Ella gritaba. Le decíamos que no grite, que se tranquilice. A mí me daba desesperación... [Ella] quería caminar. Yo después pensé que tenía algún trastorno psicológico, porque ya pujando, cuando el bebé estaba casi afuera, quería caminar y se daba la vuelta. Estuvimos cinco personas, más el pediatra para que dé a luz. Una cogiéndole de una pierna, otra de la otra pierna. Otra persona de los brazos y otra de la cabeza (Entrevista a IA, 2011).

Empero, los médicos reconocen que son las mujeres quienes hacen el trabajo y que ellos, como profesionales, asisten: “[La parturienta] no colaboraba, es que no nos ayuda con las contracciones; porque la madre hace todo el trabajo. Ella puja y nosotros sólo asistimos. La mamita, en este caso, no nos ayudaba con unos buenos pujos” (Entrevista a IC, 2011).

En general, los médicos consideran que las primíparas pueden presentar mayores dificultades. En contraste, las mujeres que ya son madres tendrían una cierta preparación para el nuevo parto. El hecho de que algunas mujeres confundan síntomas digestivos con las contracciones propias de la expulsión fetal y que eventualmente puedan tener sus hijos en el inodoro o en la calle, son situaciones incomprensibles para los profesionales:

Me contó que estando en una calle de piedras tuvo ganas de cacar, con esas palabras. Se fue detrás de un carro y tuvo su bebé en el piso, y era el tercero! No entiendo cómo pueden pasar esas cosas. Yo no tengo hijos y no puedo juzgar a nadie. Otra mujer se ha ido solita al baño sin avisar. Le tuve que meter la mano en el baño para que el bebé no nazca en el baño. Y cómo va a ser, si era su tercer embarazo. Le digo “pero señora qué le pasa”. Y me dice “es que no tenía pujos y cuando vengo al baño recién me dan pujos” (Entrevista a IA, 2011).

Un parto ideal es entendido como un proceso en el que ni la madre ni el recién nacido sufren ningún tipo de patología o complicación⁴, situación que permite al profesional contar con una experiencia de atención positiva

en el sentido de la satisfacción que le provoca observar madres e hijos saludables: “El parto ideal vendría a ser que las mamitas puedan dar a luz lo más naturalmente y con un niño sano y todo” (Entrevista a IC, 2011). Es decir, la visión de lo saludable está claramente marcada por la ausencia de síntomas físicos, que potencialmente podrían poner en peligro la vida de las madres o los niños y las niñas. De esta forma, los aspectos emocionales son minimizados en un ambiente (área obstétrica) que se caracteriza por el trabajo intenso y rutinario, y que en momentos se muestra reducido debido a la gran cantidad de usuarias. Tales circunstancias configuran obstáculos a la hora de aplicar ciertas recomendaciones sobre el nacimiento: brindar tranquilidad y el apoyo emocional continuo; permitir el ingreso de un acompañante; permitir libertad de movimientos y la ingesta de alimentos.

Las características del área obstétrica, ya mencionadas, evidentemente dificultan el libre ingreso de alimentos. Esta situación se resuelve mediante la colocación obligatoria del suero fisiológico a todas las parturientas: “Se les pone la glucosa porque aquí no se permite traer alimentos” (Entrevista a IA, 2011). Contrariamente, la guía de atención del parto normal (MSP, 2008b) indica: “no coloque venoclisis⁵ rutinaria”.

Por último, notamos que varias de las usuarias conocen formas de atención tradicionales, en las que la partera es la protagonista de los cuidados sanitarios; sin embargo, optan por la atención hospitalaria y no solicitan la aplicación de dichas prácticas.

La experiencia personal de los médicos

La experiencia personal de los médicos y las médicas en formación es un aspecto relevante en el cual diferenciamos dos aspectos: el estrés que les genera el ser responsables del bienestar de las parturientas y sus hijos e hijas y, en el caso de las profesionales, los temores que experimentan cuando existe la posibilidad de que su propio cuerpo enfrente el proceso del parto.

Responsables de las parturientas

Por lo general, los médicos y médicas recuerdan que: “ayudar a los demás” (Entrevista a IE, 2011), fue una de las razones por las cuales eligieron estudiar medicina. El trabajo en la maternidad es extenuante, y lo definen como una experiencia agotadora y emocionante en la cual aprenden. Significa un reto que pone a prueba sus capacidades intelectuales y los conocimientos que día a día van adquiriendo (Entrevista a IB, 2011).

La práctica diaria requiere de cierto control emocional en medio del cansancio físico. Requiere tolerancia frente a las distintas actitudes y reacciones de las mujeres que pueden ser fuente de desesperación, como ellos mismos mencionan: “El bebé estuvo ahí y se regresaba. Ella gritaba. Le decíamos que no grite, que se tranquilice. A mí me daba desesperación” (Entrevista a IA, 2011).

La experiencia práctica puede ser negativa o positiva en relación a la presencia o ausencia de complicaciones en las parturientas. La negligencia médica es un tema siempre presente, en el cual se enfrentan: la capacidad del médico y la médica para resolver los problemas; y la colaboración o actitud de la parturienta. “El último parto que atendí estuvo feo [...] la señora no colaboraba [...] es que no nos ayudaba con las contracciones, con los pujos” (Entrevista a IC, 2011).

Ser paciente versus ser médica

Las profesionales, portadoras de conocimientos que les permiten brindar atención y dirigir órdenes e indicaciones a otras mujeres, experimentan temores cuando ellas mismas viven el embarazo. La práctica diaria se convierte en una fuente de estrés para los médicos y médicas que aprenden de los gritos y la ansiedad de las mujeres que el parto es una experiencia dolorosa y en cierta forma traumática.

Evelyn (Entrevista a ID, 2011) joven embarazada que cumple con los turnos rotativos como parte de su formación médica, reconoce que el observar a mujeres gritando le ha generado temores. Por esta razón, acude

a un curso de psicoprofilaxis en el que aprende ejercicios respiratorios y físicos para controlar el dolor y disminuir el estrés. Nos comenta que le enseñaron a reconocer los tres signos del parto: contracciones, tapón mucoso y líquido amniótico; y que podrá elegir la posición más cómoda para el momento del mismo. El ginecólogo que imparte el curso y que trabaja en la misma Maternidad, le recomienda que durante el parto mantenga el contacto visual con él para “estar al mismo nivel”:

Antes de la psicoprofilaxis me daba miedo por lo que las primigestas gritan mucho. Con el curso ya no me estreso... No es lo mismo que leer los libros porque una cosa es la teoría y otra la práctica. Yo tengo mi umbral del dolor muy bajo. Los ejercicios que nos enseñan sirven para controlar la respiración y el dolor. Mi ginecólogo que además trabaja aquí, en La Maternidad, me preguntó “¿tienes miedo al dolor?”, yo le dije que sí; porque aquí veo señoras que sufren mucho y me aconsejó: “sigue la psicoprofilaxis, te va a ayudar mucho”.

Las profesionales entrevistadas reconocen que no contemplan a La Maternidad como una opción de atención para ellas mismas o sus familias. No obstante, Patricia (Entrevista a IB, 2011) comenta que la hija de uno de los médicos más antiguos fue atendida en este mismo centro; aunque exclusivamente por su padre.

La atención del parto en La Maternidad constituye una experiencia que marca a las médicas y médicos tanto en su dimensión profesional, como en su dimensión personal. La práctica hospitalaria les permite afianzar sus conocimientos mediante el aprendizaje de rutinas que posteriormente reproducirán en otros escenarios de atención, en muchos de los cuales experimentarán algunos choques con los discursos sobre enfoques interculturales.

Parto cultural: mirada desde los médicos

Los profesionales entrevistados definen el parto cultural como la atención que se brinda de acuerdo a las diferentes costumbres y realidades. El parto biomédico sería un tipo de atención dentro de otras posibles opciones.

Ninguno de los entrevistados conoce la guía técnica para la aplicación del parto culturalmente adecuado (MSP, 2008a); aunque señalan haber revisado la normativa de atención del parto normal (MSP, 2008b). Cabe destacar que los documentos mencionados plantean recomendaciones similares sobre la calidad técnica y psicológica que incluyen las ya mencionadas (brindar tranquilidad y apoyo emocional continuo, asegurar el acompañamiento del familiar, no rasurar, no venoclisis rutinaria, no ayuno obligatorio, permitir libertad de movimientos). Y al contrario de lo que ocurre en La Maternidad, las mencionadas indicaciones ya han sido implementadas en unidades de salud pública de menor complejidad.

Aunque los profesionales refirieron no haber revisado la guía del parto culturalmente adecuado, conocen algunas prácticas que se aplican bajo este modelo. Uno de los médicos proviene de una zona costera del país en la cual el parto tradicional es común. Otros han aprendido en diversas unidades de salud o como parte de su contexto social. Así pues, diferencian dos espacios de atención: la *ciudad* y el *campo*; o *adentro* y *afuera*. En la *ciudad*, dicen, las mujeres prefieren cesárea; en el *campo*: dan a luz con comadronas y en otras posiciones. *Adentro*, en el hospital: se da a luz acostada, cuidando normas y protocolos de atención. *Afuera*: dan a luz en posición vertical: “En la costa, los Chachis dan a luz en la tierra y sin complicaciones. Depende de la cultura. Por ejemplo, si aquí a una paciente no le atienden poniéndose los guantes, lavándose las manos, se va a quejar porque no le atendemos con las normas. Aquí hay protocolos que tenemos que seguir. Protocolos de la institución, del ministerio” (Entrevista a IE, 2011).

Los médicos y las médicas reconocen no estar preparados para atender el parto en posición vertical; y aunque alguna mujer solicitara este servicio, refieren no contar con las camillas adecuadas. Además, ninguna mujer ha solicitado una atención diferente:

Si alguien quiere parir de pie o en posición vertical corre el riesgo de que el bebé se golpee o le pase algo, pero no se puede prohibir. Se le pide que firme y se hace lo que pide. A mí nunca me ha tocado alguien así. Pero tiene que ver con la autonomía de cada cual. Además aquí no hay equipos adecuados para eso. Y hay muchas pacientes (Entrevista a IE, 2011).

Para los profesionales, el parto cultural se relaciona con una libre elección a la cual las mujeres tienen derecho. Admiten que las comadronas cumplen un papel importante en este tipo de parto, pero no comparten esta visión por los riesgos que implica para la madre y el recién nacido: “Para ellos [los indígenas], tal vez sea más adecuado porque ya conocen. Van a decir “ella [la comadrona] ya me conoce”. Yo entiendo que el parto cultural es en cada lugar en donde se vive. Se respeta, pero no se comparte; por las complicaciones. Por la mejor atención que se requiere para evitar complicaciones posteriores. Yo no comparto” (Entrevista a IA, 2011).

El parto: escenario de disciplinamiento

La atención del parto normal o eutósico en La Maternidad se caracteriza por un enfoque exclusivo en el aspecto biológico. El nacimiento es vivido como un acontecimiento doloroso y conflictivo; al contrario de lo que Fernández (1994) plantea desde el enfoque del parto humanizado, que lo describe como un evento placentero. Durante la atención, las profesionales reafirman las ideas de sufrimiento y de sacrificio maternal a través del control que ejercen sobre las parturientas. Paradójicamente, cuando se trata de sí mismas experimentan temores ante las imágenes que ellas mismas contribuyen a reproducir.

En la práctica diaria, los profesionales aplican los conceptos de los libros obstétricos que configuran al parto como un proceso mecánico, que involucra “la salida de un feto viable de los genitales maternos” (Schwarcz, 2003: 370). Desde esta visión, las rutinas de atención resultan en una fijación exclusiva en el sistema reproductor. La atención se caracteriza por una práctica estandarizada, normativizada, mecanizada e impersonal, que al fijar su interés en los aspectos biológicos, olvida los aspectos emocionales y sociales de las mujeres ocultando actos de violencia. Al mismo tiempo, esta dinámica de trabajo diario tiene gran influencia en la formación de los nuevos profesionales, muchos de los cuales se sienten agotados y estresados por la sobrecarga de tareas y la falta de cordialidad en el ambiente.

Asimismo, la organización institucional, el espacio y la gran cantidad de usuarias, dificultan el cumplimiento de muchas de las recomendaciones del MSP (2008b), de la OMS (1985) y de los ideales de la propia institución⁶ para la atención de los partos normales. Así, lo que dicen las normas se pierde o se reinterpreta en la práctica diaria; pues, como es lógico, lo teórico debe ajustarse a la realidad social inmediata. En este sentido, para los profesionales, el aspecto cultural en la atención del parto se relaciona con dos ámbitos: el primero comprende lo cultural como parte de unas rutinas diferentes de las aplicadas dentro del hospital, y válidas en otros contextos; el segundo se relaciona con el derecho de las usuarias a decidir sobre otras formas de atención; pero, que no descuiden la prolijidad científica, por lo menos dentro del hospital.

La lógica de atención médica, utilizada en La Maternidad, determina que la organización del espacio coloque a las parturientas como cuerpos públicos, ya que están expuestas a las miradas de otras usuarias y de todo el personal. Al respecto, Butler (2003) menciona que los seres humanos somos cuerpos con una “dimensión pública” al ser “socialmente constituidos”; somos cuerpos vinculados y expuestos a otros y en consecuencia vulnerables. De tal forma que, siendo este cuerpo constituido socialmente como maternal y responsable del neonato tiene una dimensión pública: estar expuesto al control, a la mirada de los profesionales que salvan a este cuerpo de su vulnerabilidad, entendida como el riesgo de muerte. Al mismo tiempo, la obstetricia biomédica obvia que las parturientas quedan vulnerables de sufrir un trato violento que deriva de sus mismas normas. Las parturientas quedan expuestas al control, a la coerción de las reglas médicas que tienen por objeto evitar la contaminación, lo sucio, la enfermedad; y que no reconocen que estas mujeres tienen agencia y autonomía.

La atención del nacimiento en un ambiente aséptico y rígido se torna en una experiencia estresante para las parturientas y para el propio personal que cuestiona la posibilidad de ser atendido en las mismas condiciones. Tal situación contribuye a olvidar los aspectos placenteros del parto; además, refuerza los imaginarios dominantes en torno a la maternidad, como la capacidad de sacrificarse y de sufrir contrariedades por el bienestar de los neonatos. De esta forma, en las rutinas de atención, vemos plasmada la

figura de la “mujer sola, abnegada y en continua lucha por la supervivencia de sus hijos” (Cuvi y Martínez, 2001: 312).

La evocación de los atributos que Cuvi y Martínez (2001: 320-323) señalan como parte del discurso maternalista queda claramente identificada durante la atención del parto. Estos atributos comprenden: sufrimiento, sacrificio, tolerancia y abnegación con tintes heroicos; sexualidad como entrega que motiva acciones que niegan su lado activo y positivo; placer sexual transformado en ternura, vivido como peligro, con vergüenza o negación. Así pues, los profesionales buscan controlar el proceso del nacimiento, mediante órdenes que apelan a la responsabilidad maternal, pero también, a la necesidad de colaboración y a la legitimidad del modelo biomédico. Al mismo tiempo, las mujeres aceptan rutinas de atención que en ocasiones les resultan molestas, tales como no cambiar de posición, exposición del cuerpo o cambiar de camilla mientras contienen los pujos. Es decir, durante la atención del parto biomédico, las ideas sobre el bienestar de los hijos y la responsabilidad maternal determinan en gran medida el consenso entre parturientas y profesionales.

Notas

- 1 “Las emociones negativas, incrementan la secreción de catecolaminas... que inhiben la acción de la oxitocina, hormona reguladora del parto, y provocan el incremento de la tensión y contracción muscular” que dificultan el proceso. “Las hormonas del parto son la oxitocina y las endorfinas... hormonas del placer y el orgasmo” (Fernández, 2004:81).
- 2 A partir de 1891 Juana Miranda se desempeñó como profesora universitaria de obstetricia práctica en el Colegio de Maternidad. A pesar de su nombramiento, tuvo que solicitar, mediante oficio al rector de la Universidad Central, que se reconociera la enseñanza de la obstetricia, pues no contaba en la nómina de profesores (Landázuri, 2004).
- 3 Asepsia: ausencia de microbios o de infección. Conjunto de procedimientos científicos destinados a preservar de gérmenes o microbios una instalación o un organismo (Diccionario de la lengua española, 2005)
- 4 Complicaciones obstétricas: hemorragia, hipertensión, parto obstruido, infección, etc (Schwarz, 2003).
- 5 Venoclis: “es la introducción de un líquido al organismo, por vía endovenosa” (García, 2002)
- 6 “Visión: Para el año 2014 somos un hospital de tercer nivel [...] que trabajan en equipo para brindar atención integral y trato digno a los/as usuarias/os internos/as y externos/as, con enfoque de derechos. Misión: en un ambiente físico y humano digno y adecuado: con equidad, respeto, integridad y en el marco de los derechos. Valores: ética profesional. Responsabilidad. Respeto. Atención humanizada. Trabajo en equipo. Calidad” (HGOIA, 2008).

Capítulo IV

Paradojas en la atención del parto

Según Panadero (2006a: 3 y 7), en las sociedades industrializadas, la biomedicina fue institucionalizada durante el siglo XIX como una “opción única y hegemónica frente a otros recursos terapéuticos”. En este contexto, las comadronas fueron suplantadas por los parteros u obstetras que contaban con una preparación técnica biomédica. Asimismo, señala que “en los últimos cien años la medicina científica occidental se ha extendido por todo el planeta y ha conseguido un lugar dominante, aunque no exclusivo en los [[llamados] países del tercer mundo, en donde convive con medicinas tradicionales”.

En nuestro país, a lo largo del siglo XIX y XX se aplicaron políticas higienistas que guiaron la organización social principalmente en las ciudades. La fragmentación y escisión del país dificultó la aplicación de estas normas en la totalidad del territorio, favoreciendo “una cierta independencia cultural” para distintos grupos indígenas (Kingman, 2006: 64); además de la conservación de prácticas tradicionales en salud, así como en la atención del parto. De esta forma, las circunstancias sociales y económicas del país permitieron que otros recursos terapéuticos distintos de la biomedicina prevalezcan como opción válida de cuidados de la salud, aunque subordinados a la ciencia occidental.

Según Clark (2001), la instalación del parto biomédico tuvo lugar en las últimas décadas del siglo XIX y con gran fuerza durante los primeros años del siglo XX. La retórica del Estado ecuatoriano estuvo centrada en

el discurso de la maternidad como el papel fundamental que las mujeres debían desempeñar para el beneficio de la patria, y se promovió el parto biomédico como una forma de evitar la mortalidad infantil relacionada con el parto domiciliario. Al contrario, observamos que en la actualidad prevalecen opiniones paradójicas sobre dos formas de dar a luz: en casa (parto tradicional) y en el hospital (parto biomédico).

Varias de las parturientas que acuden a La Maternidad son conocedoras de prácticas tradicionales de atención del parto; pero prefieren ser atendidas por profesionales que practican el parto biomédico e ignoran ejercer “[...] su derecho a decidir sobre [...] prácticas culturalmente importantes” (OMS, 1985: 2). Sin embargo, en sus testimonios se evidencia una disputa entre el parto tradicional (en casa, sola o atendido por parteras) y el parto biomédico.

Aunque conocemos que varios profesionales de la biomedicina se dedican a la atención de partos en casa (que nosotros llamamos alternativos, por estar relacionados con la corriente del parto humanizado), nos referimos específicamente al parto tradicional, que en los discursos de las parturientas está ligado a la figura del hogar y de la partera, como un recurso accesible en contextos particulares. En este sentido, el presente capítulo surge de las entrevistas realizadas a varias parturientas que manifiestan conocer formas distintas de atención del parto. A lo largo de la investigación, advertimos que establecen una comparación constante entre parto tradicional y parto biomédico. Esta comparación nos ha permitido adentrarnos en los conceptos de parto y evidenciar un contexto en el que coexisten varias formas de atención o pluralismo médico; así como una disputa entre éstos dos modelos de atención. Por lo tanto, en este capítulo resolveremos el siguiente cuestionamiento: ¿qué posición tienen las usuarias de La Maternidad frente a las prácticas tradicionales y a las prácticas biomédicas de atención del parto?

Pluralismo médico

Tal como señala la última Constitución (Asamblea Nacional, 2008), los ecuatorianos nos reconocemos como un país intercultural y plurinacional, por lo que muchas de las acciones estatales tienen como objetivo fomentar

el reconocimiento y el ejercicio de las prácticas tradicionales en todas las áreas y específicamente en el área de la salud.

En el país coexisten algunos modelos de atención médica, expresión de las diversas culturas que lo componen (Manocchio, 2002: 37); así como de las grandes desigualdades socio-económicas. Esta multiplicidad de formas de atención en salud de las que hace uso la misma población se conoce como “pluralismo médico” (Sowell, 2001). En este contexto, diferenciamos dos modelos de atención del parto: el modelo biomédico y el modelo tradicional.

El primero parte de una visión biologicista del cuerpo (visto como una máquina), en el cual el útero materno se considera el medio de transporte de un producto por nacer (MSP, 2008b: 20). El parto es considerado un proceso patológico, potencialmente riesgoso. Según Fernández (1994: 100), en este modelo la fisiología normal y las condiciones que lo favorecen o entorpecen no son tomadas en cuenta, induciendo temores en las mujeres y negando su capacidad para dar a luz. Los aspectos emocionales, afectivos o psicológicos de las mujeres con partos normales son minimizados; además, la presencia de los familiares en la atención no se considera relevante, aunque en las recomendaciones para el nacimiento de la OMS (1985) y en las normas del MSP (2008b) sí se mencionan estos aspectos. Así, en La Maternidad, la atención es masificada y mecanizada; las parturientas quedan expuestas a las miradas de los profesionales anónimos –para ellas– y a la autoridad médica que las considera sujetos de intervención. Si bien, la atención científica y oportuna está asegurada a través de la preparación técnica de los profesionales.

El modelo tradicional es una práctica común en varias provincias del país; por ejemplo en la provincia del Chimborazo, en donde el acceso a servicios obstétricos suele ser limitado. Se caracteriza por una visión más bien integral u holística, que entiende a la salud como “el estado de equilibrio con el entorno, con un ejercicio médico relacionado con la práctica de rituales, normas y representaciones” (Manocchio, 2002: 3). La idea de lo divino está siempre presente. Su escenario principal es el hogar, a donde acude la partera portadora de conocimientos empíricos. Después de una oración, fricciona el abdomen de la parturienta con diversos preparados

con el objeto de mantener el calor corporal. Utiliza varios tipos de plantas medicinales en infusión. Mientras tanto, la parturienta se coloca en posición vertical, ya sea de pie o de rodillas. Evita gritar o hablar, para conservar la fuerza. Es común la presencia constante de uno de los familiares, ya sea la madre o el esposo, que cuenta con cierta preparación sobre el parto (Manocchio, 2002: 56, 61). Pero, la parturienta no siempre cuenta con la ayuda de la partera o de los familiares; en muchas ocasiones las mujeres tienen sus partos solas en casa o en el trajín de las tareas diarias (Entrevista a Alma, 2010), circunstancias que determinan mayores riesgos en casos de emergencias obstétricas.

La conservación del modelo tradicional de atención del parto evidencia que, en el Ecuador, la bio-medicina no ha logrado un total control social e ideológico. Más bien, parte de la sociedad ha establecido formas propias de satisfacer sus necesidades en salud, posibilitando “la reproducción de la fuerza de trabajo a quienes por razones económicas, culturales o por el deficiente servicio de la medicina estatal no han accedido a formas hegemónicas de atención en salud” (García, 1984: 5).

Estos dos modelos están presentes en las historias de las parturientas que acuden a La Maternidad. En éstas, el parto –normal– biomédico está legitimado a pesar de las normas de pluralismo médico del MSP (2008b) y de la OMS (1985), que recomiendan respetar las prácticas culturales en la atención, y que son aplicadas en otros centros de salud pública del país (por ejemplo, en el Hospital San Luis de Otavalo). Al optar por la atención hospitalaria, las mujeres devalúan el parto tradicional y legitiman el parto biomédico; quedando ocultas formas de violencia.

Devaluación del parto tradicional

Realidades diversas

Las parturientas que acuden a La Maternidad están inmersas en circunstancias sociales y culturales diversas. De las 15 entrevistadas, tres se autoidentificaron como indígenas; sus madres dieron a luz con parteras y una

de ellas trabaja como tal. Las demás entrevistadas relataron que sus madres dieron a luz en su domicilio con la ayuda de una comadrona o partera, en su domicilio con la ayuda de una obstetriz y en un hospital o en la misma Maternidad. Casi todas señalaron conocer alguna característica del parto en casa relacionado con las comadronas.

Iniciaremos narrando las historias de tres jóvenes que acudieron a La Maternidad para su primer parto. Las dos primeras, Ruth y Lucía, se autoidentificaron como mestizas y viven en el sur de Quito. Ninguna de ellas terminó de estudiar la secundaria. Los padres de la primera son analfabetos y los de la segunda estudiaron la primaria. Cuentan con un vago conocimiento sobre el trabajo de las parteras. Descalifican las prácticas tradicionales de atención, al contrario de sus madres que les recomendaron realizarse controles prenatales con alguna comadrona y que, sin embargo, dieron a luz en hospitales públicos atendidos por médicos y médicas. La tercera parturienta, Semira, se autoidentificó como indígena y es hija de una partera de Cayambe. Vive en Quito. Trabajó como empleada doméstica y completó la educación escolar. A diferencia de Ruth y Lucía, Semira demostró conocer ampliamente sobre prácticas tradicionales de atención del parto.

Ruth es madre soltera; se dedica a la venta ambulatoria de varios productos. Su padre trabaja como lustrabotas. Su madre vende productos en un mercado de la ciudad. Sus primeros meses de embarazo fueron muy conflictivos. Empezó a fumar con frecuencia y pensó en el aborto al verse abandonada por su pareja. El consejo de las amigas y el apoyo de sus padres la convencieron de aceptar su embarazo:

Los primeros seis meses fue como un trauma; me dediqué a fumar bastante, porque pensé que estaba sola, porque el papá me dio la espalda. No lo quería tener, lo quería arrojar [...] Mi papá cogió, me dieron la mano [...] me dijeron que no me preocupe, que un niño no es para amargarme la vida, que un niño es una alegría, una compañía para mí, que ría y que no me decaiga. De ahí mis tres meses fue normal, ya no me preocupaba, ya dejé de fumar poco a poco. De ahí [...] ya le tuve a esta niña malcriada [...] Yo no valgo mucho, mi guagua es el que vale.

Las vecinas de su barrio le recomendaron que se haga revisar con una partera del sector. El comentario de una amiga de su madre le hizo desistir, pues le comentó que las parteras “tienen mala mano”. Es decir, que pueden provocar complicaciones: “Me iba a hacer ver con la partera, pero no me hice ver, porque una señora le dijo a mi mamá que no, porque esa partera tenía mala espalda. Porque esas parteras tienen mala mano, mala espalda, o bien muere el guaguaito o bien nace enfermito” (Entrevista a Ruth, 2010).

Ruth acudió por una ocasión al servicio médico, en donde le recomendaron que se realice una ecografía. Sus padres le advirtieron que este examen “le daña las vistas a los guagüitos”, por lo que no se realizó. Repite la percepción sobre la “mala mano” de las parteras al comparar a mujeres y hombres que trabajan en La Maternidad. Esta percepción le ayudó a sobrellevar la molestia que le produjo la exposición de su cuerpo a las miradas de los profesionales médicos y enfermeros durante la atención: “Para mí era como algo vergonzoso. Yo decía: ponernos así, ¡qué vergonzoso! ¿Y no puede haber mujeres? Eso pensaba, que no podría haber mujeres. Dicen que los hombres tienen más buena mano que las mujeres”.

Durante el embarazo, Ruth aceptó y rechazó prácticas de atención de la biomedicina y de la medicina tradicional. Para el momento del parto eligió la atención biomédica en La Maternidad. Aceptó las rutinas obstétricas basándose en criterios más bien tradicionales; ya que, la molestia que le produjo la presencia de los profesionales varones y la exposición corporal, fue apaciguada y consentida en nombre de la “buena mano que tienen los hombres” y del bienestar de su hija.

Lucía, de 20 años, vive en la casa de sus suegros desde hace cinco meses. Comenta que su madre tuvo cinco hijos, todos en el Hospital del Sur, y sin embargo, le insistió para que se “haga fregar con una partera”. Rechazó su consejo al aceptar las advertencias que la doctora le hizo durante el control prenatal:

No. Por los controles que uno se hace y ahí dice que eso [atención con partera] es malo. Que no vale hacerse fregar, nada de eso. Bueno, a mí me dijeron cuando me hice el primer eco que el bebé tenía el cordón cruzado en el cuello [...] Mi mami [...] decía que me haga fregar con una partera para ver si es que se baja, pero no me hice fregar y solito se bajó la cabeza

[...] me dijo la doctora que eso era malo porque pueda que esté el cordón en el cuello y se pueda ahorcar con el tanto movimiento que le van a hacer.

Lucía considera que las prácticas tradicionales de atención del parto se basan en creencias religiosas sin fundamento, y que acudir a este tipo de atención es un riesgo. Comenta que a la hija de una amiga le practicaron una cesárea, e identifica como causa de la cesárea la visita que aquella realizó a una comadrona para “acomodar” al hijo:

[Ellas] no saben mucho. Yo creo que ellos, más, son como la creencia antigua que decía que las personas se mueren, así, porque no creen en Dios o porque no creen en algún santo, y eso era mentira, porque las personas se morían por enfermedades que las personas ni pensaban que existían [...] Mi mamá le preguntaba a una señora [...] si no sabe de alguna persona [que sea partera] pero [...] yo [...] no me hubiese arriesgado [...]. Mi mamá sí me dijo “hazte fregar”. [Ella] le preguntaba a una amiga, porque la hija dio a luz y ella sí se fue donde una partera a hacerse fregar y le preguntaba: “¿Dónde era?” [...] a ella le hicieron cesárea porque no pudo dar a luz [...] Ella se fue [...] para hacerle acomodar al niño y no le acomodaron nada, creo, por eso le hicieron cesárea [...] [Las parteras] no saben. Dicen que pasándole el huevo a uno ya le pasa el dolor [...] cómo le va a pasar el dolor, cómo [...] no puede haber parto sin dolor.

Durante su embarazo vivió una constante disputa entre discursos de la biomedicina y discursos de la medicina tradicional. Aunque su madre le insistió para que acuda a una partera, ella prefirió la recomendación de la profesional, que censura las prácticas tradicionales por considerarlas riesgosas.

Semira, de 23 años, trabaja como empleada doméstica en Quito. Fue abandonada por su pareja, pero cuenta con el apoyo de sus padres. Conoce las prácticas de atención de las parteras dado que su madre se dedica a esta labor. Esta última tuvo todos sus partos en casa acompañada de su madre. La madre de Semira la acompañó desde los primeros meses de embarazo:

Mi mami me fregó desde los dos meses. Me sabía mantear [...] para que esté recto, para que no se vaya a un lado, a otro lado, para que pueda dar a luz rápido. Mi mami sí habla quichua [...] ha tenido a todos mis hermanos en Guaranda, en la casa, con la ayuda de mi abuelita [...] Somos nueve [...] nunca tuvo complicaciones. Mi mami decía que antes [...] no ha sabido ir al subcentro ni nada, que ha sabido ser difícil, pero siempre ha dado a luz en la casa con una partera, con mi abuelita.

Semira recuerda haber presenciado el parto de una de sus hermanas. Nos cuenta en qué consiste la atención de la partera y el ambiente privado y pudoroso en el que ocurre. Señala que la comadrona y el marido permanecen junto a la parturienta, mientras que el resto de la familia espera en el exterior de la habitación:

Vi el parto de mi hermana [...] Me acuerdo que mi mami colgó una sogá, allí en la viga [...]. A mi hermana le hizo tener y le hizo tomar agua de melloco con aceite de almendras y ella pujaba y el bebé se le bajó rapidito. Pero a mí me daba miedo. Ella se quejaba pero no mucho. Para mí, si fue el doble [...] En la casa, cuando dan a luz, están todos afuera. Están, con la señora, la comadrona y el esposo [...] Cuando necesita que den agüita, pasa a dar el agüita y sale. No se queda allí.

Los comentarios de su familia sobre la atención del parto biomédico se centran en la desnudez y en la vergüenza que sienten por la mirada de los profesionales varones:

Mi tía me ha dicho que es mejor dar a luz en la casa que en La Maternidad. Mi cuñada también me ha dicho así. Que ahí les tienen desnudas, que les ve mucha gente, que les da mucha vergüenza, y que como hay muchos doctores no les gustaban que les vean. Sea como sea, con tal de dar a luz bien, no me importa nada más.

Semira nos comenta algunas diferencias entre el parto en casa y el parto hospitalario. Para ella, el parto en casa es un proceso en el que el cuerpo recibe mayor impacto, por lo que se requiere reposo absoluto: “se rompen todos los huesos”. En cambio, en el hospital el parto es menos agresivo y la recuperación es más rápida:

Cuando se da a luz en la casa no se puede mover a ningún lado. Porque dice [...] mi cuñada [...] que cuando ha dado a luz en la casa se le rompen todos los huesos. Ella no ha podido ni moverse a ningún lado. Y cuando vino a dar a luz en la Maternidad ella ya salió de aquí caminando. En la casa no podía moverse para ningún lado [...] por el dolor. Por eso sólo utilizaba bacinilla adentro, y para la deposición tierra. Sin salir: ir al baño. [En el hospital] yo [...] ya me fui al baño.

Diferencia entre doctor y practicante. Para ella el doctor es el que hace lo más complicado. Compara a este personaje con su madre que es partera y en cierta forma devalúa sus prácticas: “[El] doctor es el que hace la cosa más difícil: ver las contracciones. Un ayudante no es lo mismo como un estudiante que recién está aprendiendo, no puede hacer igual las cosas [...] Entonces como mi mamá no es casi doctora, es partera [...] dijo que no [dé a luz] en la casa [, sino en La Maternidad]”.

Semira elige el tipo de atención hospitalaria convencida de que es la mejor opción para “dar a luz bien”. A pesar de conocer las prácticas tradicionales de atención y de haber recibido este tipo de cuidado durante el embarazo, elige el parto biomédico motivada por su propia madre que trabaja en la partería.

Como vemos, las parturientas entrevistadas están en contacto con dos formas de práctica obstétrica: una tradicional y otra biomédica. Para los cuidados del embarazo eligen entre estas dos opciones. Su decisión está determinada por la etapa gestacional en la que se encuentran y por su percepción de complejidad. Así pues, para las primeras etapas del embarazo tienden a elegir la medicina tradicional; en cambio, para las últimas semanas del embarazo y para el parto optan por el modelo biomédico, devaluando las prácticas tradicionales de atención.

Discursos familiares

Los discursos familiares sobre el parto se caracterizan por ser contradictorios. En estos discursos, transmitidos por las madres y las hermanas, se

enfrentan experiencias de parto tradicional (en la casa) con experiencias del parto biomédico (en el hospital)¹.

Alma, autoidentificada como indígena, de 25 años de edad, casada, graduada como parvularia y maestra de escuela, acudió a La Maternidad para su quinto parto. Vive en una zona rural de la provincia de Pichincha, a donde acudimos para dialogar sobre el tema. Su madre, una indígena empleada de una antigua hacienda, conocía diversos tipos de plantas que usaba para sanar las dolencias de la familia, y dio a luz en casa por 12 ocasiones. Aida recuerda sus comentarios comparando el parto en la casa y el parto en el hospital:

Mi mamá decía que había partos en los que ella ha estado sola, porque decía que se iba a veces a coger leña y que ahí le daban los dolores. Decía que: daba a luz, cargaba al bebé y ya; y venía [...] Poder dar a luz sola yo creo que sí se debe poder [...] De ahí, a ver que el bebé estese bien, que los signos vitales estesen bien, eso, no [...] Yo creo que también por eso muchos bebés se murieron [...], de los 12, vivimos seis [...] De ahí, sí me contaba mi mamá, decía: “diosito es bien fiero irse a dar a luz en los hospitales”, decía: “allí toca”, dice, “lo que ni al marido se le muestra”. Decía mi mamá, “ahí si hay que mostrar todito”.

Por la experiencia que observó en su madre, Alma prefiere evitar el parto en casa, pues considera que el bienestar de su hijo estaría en riesgo. Tiene cuatro hijos, tres de los cuales nacieron en hospitales públicos. El segundo de sus hijos nació en su casa (sin complicaciones) mientras se cambiaba de ropa para ir al hospital. En aquella ocasión, las contracciones del parto fueron muy leves y no se percató de la cercanía del mismo. A pesar de su experiencia maternal, Aida duda de su capacidad para atender a su quinto hijo en el caso de que diera a luz en su casa. La pérdida de seis de sus hermanos es una prueba de la necesidad de la atención médica, aunque reconoce que en la casa “tal vez [se] está mejor atendida”.

Los bebés o sea nacen solitos [...] lo que no avanzaría lo mismo sería a cortar el cordón, por ejemplo [...] no sé, yo no me arriesgo a eso [...] Es el temor al dolor que pueda sentir el bebé; o de pronto le cortaré algo y des-

pués le pasará algo [...] Darle la atención que mi bebé necesita no, no me siento capaz. De pronto como se ha escuchado de que han tragado agua de fuente o que se ha estado pasando la hora, entonces, yo sí pienso de que sí, puede ser muy relajante dar a luz en casa, porque nadie le trata mal, porque tal vez [se] está mejor atendida.

Diferencia dos posiciones: la de mujer y la de madre. Como madre sacrifica su propio bienestar, su comodidad, por el bienestar de su hijo asegurado en la atención médica: “Como mujer, yo podría dar a luz donde sea, pero como madre también es que mi hijo estese bien, de que haya nacido bien, de que no le pase nada. Entonces, ser mamá es ser responsable más que todo”.

Como vemos, la aceptación de las distintas rutinas hospitalarias de atención hace parte de un ejercicio maternal cuya lógica determina que “lo importante es que el hijo o la hija nazcan bien”. En este sentido, las condiciones técnicas aseguran una atención apropiada en cuanto cuidan de la salud de los hijos e hijas. Igualmente, el bienestar físico de la madre también estaría asegurado. Pero, dada la forma de atención, el bienestar emocional y la subjetividad quedan en segundo plano, reforzándose la dimensión de una maternidad abnegada de la identidad femenina.

Semira, anteriormente mencionada, escogió el hospital por consejo de su madre (comadrona en Cayambe) que pensó en una posible complicación: “Mi mami [...] cuando me sabía fregar me dijo que el bebé no asomaba. Porque como a mi hermana le fregaba y el bebé ya asomaba clarito, entonces dijo que para mi podía ser más complicado [...] Mi mamá se dedica a eso en Guaranda y aquí también. A mi cuñada y a mi tía y a mi otra tía, les hizo dar a luz en la casa... ‘¿sin complicaciones?’ sí, sin complicaciones”.

La madre de Semira considera que es mejor dar a luz en el hospital, sobre todo si se vive en la ciudad, pues los profesionales conocen mejor del proceso y en el hospital el parto “es más seguro y rápido”.

Mi mami me ha dicho que es mejor en la Maternidad, más que todo aquí [en Quito]. En Guaranda mi otra hermana [la primera] también siempre ha dado a luz en la casa. A mí me daba miedo en la casa, porque decía que

ahora ya es difícil. Mi mamá sabía decir es difícil, y como mi hermana [la segunda] dio a luz rápido y dijo: en la Maternidad hacen dar a luz más rápido. Es mejor ir allá, más seguro y rápido. Y por los doctores que saben.

Al igual que la madre de Alma, la madre de Semira vivió sus partos en la soledad de su casa. En el relato de Semira, la experiencia de su madre está marcada por la falta de atención: “[El parto fue] difícil, por lo que antes mi mami ha sabido vivir solita y no ha sabido haber quien le vea, ni quien le de la comida, ni nada de esas cosas. Como ha sabido vivir lejos de mi abuelita [...] sabía decir: “tener hijos es difícil cuando no hay alguien quien le vea, no le dé de comer o quien le dé por lo menos lavando los pañales”.

La experiencia vivida por las madres es uno de los condicionantes para optar por la atención hospitalaria. El parto en casa, en compañía de una partera, de una obstetrix o sola, está lleno de dificultades y es algo que no quieren repetir. Al respecto, María, madre de Jhoselyn, que acompaña a su hija en el postparto en el área de adolescentes de La Maternidad, nos comentó:

A Jhoselyn le tuve en la casa con comadrona, pero fue algo que no quise volver otra vez a repetir porque casi me costó la vida. No es como aquí los médicos saben lo que tienen que hacer, en cambio la comadrona no. Por más que ya me vinieron los pujos el bebé no podía nacer. Yo me desmayé y cuando me desperté la señora estaba aplastándome la barriga y luego me vino un pujo y ya nació [...] Prefiero el hospital [...] porque ahí saben lo que tienen que hacer [...] no se tiene el riesgo de que vaya a pasar alguna cosa.

Gissela de 19 años, oriunda de Manabí, se autoidentifica como mestiza. Trabaja de secretaria para su padre. Para ella el parto en casa vivido por su madre evoca imágenes de una época pasada: “mi mamá nos dio a luz en la casa atendida con partera [...] Donde mi madre dio a luz es en Manabí, Jipijapa. Eso era antes, ahora ya buscan el hospital”.

En las historias de las madres, el parto es una experiencia con varios matices. Unas veces es placentera, sin tantos dolores: “Ella [su madre] no ha tenido los dolores como nosotras, no sufría así como nosotras estamos sufriendo” (Entrevista a Yolanda, 2010). Otras veces, como la experiencia

de María, evoca la muerte. Se suman a estas experiencias otras realidades como la falta de apoyo familiar o social (en el caso de la madre de Alma) y el maltrato doméstico, como nos cuenta Ximena: “Mi mamá ha dado a luz en la casa, con ayuda de comadrona [...] Somos diez pero dos son muertos [...] Los que fallecieron eran gemelos, han fallecido por una piza [paliza] que le ha metido mi papi. Eran de siete meses y murieron...me contaba que era horrible, que todos los hijos venían con mucho dolor. También porque era maltratada”.

Los testimonios sugieren imágenes que configuran el parto como un evento social, en el que se requiere la participación de la pareja, la familia y la sociedad (comunidad) para procurar el bienestar de la madre y del recién nacido o la recién nacida. En caso contrario, se convierte en una experiencia penosa para la mujer que lo experimenta. En la práctica, las carencias económicas, afectivas y de cuidado contradicen la imagen idealizada de la maternidad como un acto sublime.

Para muchas mujeres la posibilidad de una atención hospitalaria, gratuita, representa una ventaja con la que no contaban sus madres, pues les asegura el cuidado que en sus casas no tendrían: “en la casa no hay quien le vea” (Entrevista a María, 2011). Los conocimientos especializados del personal de salud también las motivan a acudir al servicio hospitalario. A esto se suman las advertencias de algunos médicos y médicas sobre los riesgos que conlleva la atención con parteras (MSP, 2010), que al igual que en el siglo XIX, son desprestigiadas por sus conocimientos adquiridos de forma empírica (Mannarelli, 1999).

Las parturientas llegan a la atención hospitalaria con varias ideas: que sentirán dolores intensos por lo que deberán ser fuertes y colaborar por su hijo o hija, que recibirán la ayuda apropiada del personal especializado. Las familiares les advierten sobre el dolor y otros síntomas, sobre el tacto vaginal y sobre aspectos emocionales.

Miriam, de 27 años de edad, trabaja como auxiliar de enfermería. Vive en Quito con su pareja desde hace tres años. Sus padres son de Cayambe. Aunque se diferencia de sus familiares que “son del campo”, se autoidentifica como indígena. Compara los testimonios de sus familiares con su propia experiencia en La Maternidad, vivida con intenso dolor:

Súper enterada de cómo va a ser el proceso del parto, no. Lo que me habían contado son los cambios que vienen en el organismo [...] la responsabilidad que es tener al bebé, lo de las contracciones, del dolor. A veces dicen que el parto no duele, pero a mí sí me dolió. La esposa de un primo mío decía que ella no tuvo muchos dolores, tuvo solo dolores en la espalda y nada más, [...] no tuvo dolores extremos. Dio a luz en la casa con su mamá [...] No es descriptible como es ese dolor. Es algo único [...] súper intenso, súper fuerte [...] quería que pare ese dolor

Al contrario, su prima le contó una experiencia de parto rápido, sencillo, sin drama: “Mi prima [...] me explicaba que le venían los dolores, que le dolía un poco la cintura, que se le abría un poco la cintura, que le llamaba a su mamá y que eso era todo, como muy rápido, pero unos dolores no así tan fuertes, que era como si cargara un costal”

Igualmente, Alma relata que su segundo parto se caracterizó por sensaciones casi imperceptibles: “[En el segundo parto] yo me estaba sacando el pantalón para ponerme otro e irme al hospital [...] y cuando [...] termino de sacarme y sentí que mi bebé se resbalaba [...] Le digo a mi esposo [...] ¡el bebé está naciendo! y fue él quien recibió a mi bebé”.

Para Miriam los primeros dolores y síntomas de parto fueron causa de temores por el bienestar de su hija:

Once de la noche empezaron los dolores medios extraños, como dolerme el estómago [...] En ese momento tuve ganas de ir al baño y tuve sangrado mucoso y el susto del momento porque yo no sabía que tenía que salirme el tapón mucoso con sangre, porque me habían dicho que es un líquido medio amarillento. Entonces le llamé a mi mami y ella pensó que estaba yendo a perder al bebé porque así le pasó a mi tía.

Alma esperaba que los síntomas y signos del último parto se repitan como en los cuatro anteriores. La presencia de síntomas distintos le provocó aprensión: “[...] en eso que me estaba tomando el té se me reventó el agua de fuente. [...] y yo me asusté porque nunca, nunca, nunca, había pasado eso en mis otros embarazos [...] Estaba bien asustada”.

El tacto vaginal es un tema presente en el discurso de las familiares que advierten a las parturientas sobre la frecuencia del mismo: “mi madre me decía que cuando se va a dar a luz le abren las piernas, le hacen el tacto: –pero no se dejará que le hagan a cada rato–” (Entrevista a Gissela, 2010). A diferencia del parto biomédico, en el parto tradicional el tacto vaginal no se realiza². Miriam nos comenta que cuando su prima dio a luz en casa, nunca le hicieron el tacto: “A mi prima [...] nunca le han hecho tactos”.

Otros comentarios de las familiares se enfocan en aspectos emocionales. Miriam recuerda recomendaciones como: serenarse, estar tranquilas frente al dolor para disminuir su intensidad y el sufrimiento de parir: “[El lugar] sí impacta pero también uno se va con otra mentalidad [...] Mi mami me decía: “mira, cuando te vengan los dolores tu trata de no gritar, trata de serenarte, si es que te vienen los dolores trata de respirar y aguantar que eso te va a ayudar, porque en caso de que tú te alarmes no le vas a ayudar a tu bebé”.

A pesar de estar en contacto con parteras, las entrevistadas prefieren la atención en el hospital. Al respecto, Miriam, quien se autoidentificó como indígena, nos comentó: “La esposa de un primo dio a luz en la casa con su mamá, es que ellos son del campo, la mamá es partera [...] Me parece que [en la Maternidad] son más especializados en esto del parto [...] recomendar que vengan acá si porque están más centrados en esto”.

Las parturientas se preparan a través de los relatos y consejos de sus madres y otras mujeres cercanas. Eligen el parto biomédico como una opción que asegura una atención especializada para ellas y para sus hijos o hijas. El parto tradicional es una opción vigente, relacionada con lo rural; y al mismo tiempo, es el recuerdo de una época vivida por sus madres en contextos remotos (en sentido de tiempo y de espacio) y de múltiples carencias.

Legitimación del parto biomédico

Narraciones de las parturientas

Las parturientas que acuden a La Maternidad van acompañadas de familiares que se encargan de los trámites de admisión. Una vez ingresadas, los familiares esperan en el exterior. Se los observa preguntar por repetidas ocasiones sobre el estado de las parturientas. Algunos se molestan con el personal de salud por la poca información que les proporcionan y por la larga espera.

Las parturientas que ingresan se encuentran con un área saturada de usuarias y gran cantidad de profesionales (hombres y mujeres) que brindan una atención impersonal. Su ingreso puede ser desconcertante, ya que su cuerpo, su pudor, sus costumbres, se ven agredidas y en cierta forma, cuestionadas. Para muchas, esta vivencia es solo una de tantas otras, a través de las cuales irán descubriéndose como madres. Al respecto, Miriam nos comenta cómo fue su ingreso: “Yo más que entraba saludando. Decía, buenas tardes y nadie me respondía. Ya después, una chica me dice ‘véngase para acá le vamos a tomar los signos’ ”.

Las expectativas de las parturientas se relacionan con los discursos de familiares y amigas que recrean experiencias de alumbramientos en casa, o con sus propias experiencias personales o laborales. Miriam, auxiliar de enfermería, ha trabajado en clínicas privadas en donde la atención obstétrica se caracteriza por ser individual; al contrario de lo que vivió en La Maternidad:

La verdad no me imaginaba así [...] El espacio muy pequeño, como que todas estábamos ahí abiertas las piernas. No sé. Pensé que había como cortinitas, un poco de privacidad eso más que nada [...] me sentía súper incómoda. Todas gritando, una más que otra, todas abiertas [las piernas] y todos, hombres, pasaban. Justo me tocó a mí en la puerta y todos pasaban por ahí, y me dijeron que tenían que hacerme el tacto, que abra las piernas. No quería la verdad, no quería, me dijeron “tranquila”. Yo dije: “espérese un ratito” [...] Como nunca había entrado a una sala de partos, me impacataban las mujeres y el ruido del lugar donde estábamos.

Señala que la falta de privacidad, los gritos de las parturientas, la presencia de “tanta gente” y de “tantos hombres” le produjo incomodidad. Sin embargo, reconoce que estos últimos son profesionales que cumplen con su trabajo y que muestran amabilidad en el trato respondiendo a las inquietudes que les plantea; es decir, se acopla al ambiente hospitalario: “Al entrar mismo me sentía incómoda porque había tanta gente que me miraba, tantos hombres, los jóvenes estudiantes. Me sentía súper mal [...] El primer tacto me hizo un médico, le pregunté y me explicó que era para ver eso de la dilatación, para el momento del parto”.

Igualmente, Semira se sorprendió por la presencia de los profesionales hombres. Supuso que la atención sería brindada por mujeres: “Suponía que atendía una mujer. Pero me atendió un doctor. No le dije que quiero que me atienda una mujer...”.

A pesar de las inconformidades y del estrés que les provocan, las parturientas aceptan las rutinas de atención y se acoplan a la organización institucional. Cuando Miriam ingresó al área de partos le colocaron un suero fisiológico como a todas las parturientas. Durante la entrevista, nos comentó que sentía necesidad de quitarse el suero, pero finalmente aceptó el procedimiento:

Yo decía: “sáquenme esto” [el suero], quería salir corriendo, me sentía súper incómoda... Ya después me hice de otra idea, me puse en otro plan, de que ni modo. Yo estoy en el plan de que [...] así funciona. Para qué, los jóvenes súper bien, igual los residentes, nos ayudaban. Yo sabía que ellos lo hacían por su profesionalismo, entonces bueno, [...] me pongo en el plano de que es el trabajo de ellos, si no cómo se prepararían ellos [...] si no imagínese quien nos podría ayudar en esos casos [...] de ahí pienso yo que en todo lugar público nos toca acoplarnos a lo que esté.

Miriam manifiesta resistencia al ambiente y a la forma de atención, al mismo tiempo comenta que su condición económica no le permite buscar otra opción; como se siente atendida acepta que los estudiantes (médicos, médicas, enfermeras y enfermeros) aprendan de esta práctica y de su propio cuerpo.

Para las parturientas, el dolor puede constituirse en un condicionante para el consentimiento de los procedimientos (situación en la que eviden-

ciamos la vulnerabilidad por exposición a la violencia planteada por Butler [2003]). Alma comenta el testimonio de su hermana sobre la intensidad del dolor en relación a la aceptación de los actos médicos. Aclara que para ella la experiencia fue diferente: “Mi hermana [...] dice: ‘los dolores son tan fuertes que tú pides al doctor que aunque sea le corte, le haga lo que sea [...]’ Para mí no fue así. Para mí sí me importó la vergüenza, porque mi hermana me decía: ‘ese rato hasta la vergüenza se te va de los dolores’ ”.

Lucía, igualmente, experimentó un dolor muy intenso que condicionó su percepción del ambiente: “El dolor es bien fuerte, es demasiado fuerte, no le deja pensar en nada, solo pensar en que ya tiene que salir, tiene que nacer”.

Miriam describe el estrés que sintió al observar a Karina, una de las parturientas presentes en el área de partos que “gritaba fuertísimo”. Karina, de treinta años de edad, había acudido a La Maternidad para su tercer parto. Se mostraba muy adolorida. Se quejaba insistentemente. Miriam reconoce que observar a Karina le predispuso a sentir dolor:

Mi prima estuvo sola. No tuvo que presenciar que otras se quejen más fuerte y no alarmarse más [...] Yo me estresaba hartísimo [...] Había una compañera [Karina] que había estado desde la mañana y ella era súper alarmada y decían que desde que le habían puesto el suero [solución fisiológica que colocan a todas las parturientas, en donde se suele inyectar oxitocina] ella estaba así. Entonces yo me imaginaba: “me van a poner ese suero. Me va a dar más las contracciones”. Yo pensaba que voy a tener que llegar a ese estado. Pobrecita, ella lloraba, gritaba fuertísimo, ya no aguantaba. El rato que le iban a tocar se revolcaba, no colaboraba.

Jhoselyn, la entrevistada más joven (14 años), coincide con Miriam en la impresión que le causaron los gritos: [me impactó] “ver tantas mujeres gritando [...] y ya no aguantaba los dolores y no me atendían pronto”.

Semira sintió desesperación ante el intenso ruido y la presencia de varias parturientas, por lo que se vio impulsada a buscar apoyo emocional en el personal médico:

El ver a las otras chicas da desesperación, una desesperación terrible de cogerle la mano al doctor y no soltarle [...] Yo a la doctora le cogí la mano y me dijo que siga pujando, pujando. A mí me parece que es algo normal.

Yo estaba concentrada en mí, pero sí hace cosas ahí, que uno está con un dolor. Es desesperante por lo que siento y por lo que escucho también.

Al igual que Miriam y Jhoselyn, Lucía señala que el observar a otras parturientas adoloridas le predispuso a sentir dolor: “Hay también, otras chicas que también les cogen los dolores, unas gritan más que otras, unas le duelen más que otras. Parecía que cuando ellas gritaban a una también le cogía el dolor”.

Las parturientas entrevistadas se muestran conformes con la atención, a pesar de las contrariedades que sienten por el ambiente en la sala de partos. Así pues, el informe de Veeduría realizado en La Maternidad (Distrito Metropolitano de Quito, 2007: 20) indica que el 92.5% de un total de cien encuestadas (de hospitalización y consulta externa) volvería a utilizar el servicio; de éstas, el 59.5% señala como razón la buena atención.

Miriam, por ejemplo, reconoce que las mujeres deben colaborar en la atención y critica el comportamiento de Karina:

Eso también me di cuenta que ella [Karina] no colaboraba. El rato [que le decían]: que abra las piernas, que no las mantenga cerradas, que manténgase en esta posición, en esta posición va a poder tener los pujos [...] Entonces ella actuaba todo lo contrario [...] era su tercer parto y [...] no colaboraba [...] podía irse ella a otro lugar, pero ella [...] lo hacía como si [...] no supiera, como si fuera una primeriza, como si no supiera el proceso.

Para Miriam es importante mostrar una actitud de colaboración, pues ayuda a ganar apoyo emocional o afectivo del personal. Valora la compañía que le brindó una médica durante el parto y el hecho de que solo ella le haya realizado los tactos vaginales:

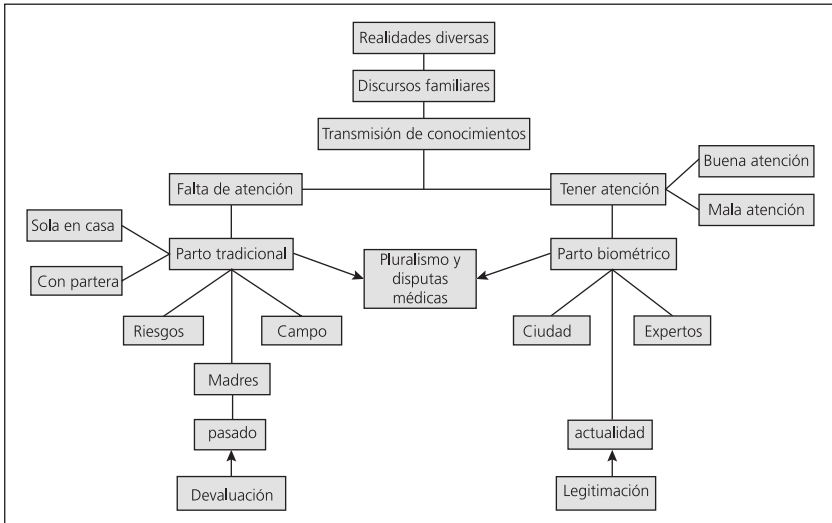
Yo tuve la suerte de que esta joven estuvo a mi lado [la residente] Ella era la que me guiaba, no sé, como darme confianza, porque [...] pienso que uno tiene que ganarse eso, colaborando [...] Me ayudó con su compañía y con su ánimo. El rato de ponerme suero me explicó: para qué me está poniendo, qué va a pasar [...] “le voy a poner este suero que es pitocín, le van a venir las contracciones más fuertes, más seguidas, en caso de que usted quiere pujar, usted me tiene que avisar”. Ella me explicó, [...] y fue tal

como ella me explicó: Era como estar estreñida y tener ganas de ir urgente al baño [...] Se paró al frente mío y se me reventó el agua de fuente. Pobrecita, me daba una pena. Le digo disculpe y me dice: “no tranquila”. De ahí me hizo el tacto otra vez. Tres veces me hicieron el tacto. Gracias a dios no vinieron otras personas a revisarme, solamente fue ella la que me revisó.

Las parturientas ingresan al área obstétrica en un estado físico y emocional vulnerable, tanto por el proceso del parto como por las dudas y las ansiedades que experimentan. A esto se suma el estrés provocado por las primeras impresiones de un escenario que se muestra saturado de otras parturientas y de varios profesionales en constante actividad. La rutina de atención les resulta incómoda, molesta; sin embargo, consienten las acciones médicas en nombre de la responsabilidad que les significa ser madres.

La Maternidad es un escenario en el cual el modelo biomédico tiene total legitimidad, mientras que el modelo tradicional parece no encajar en tanto empírico; pese a que las normas aseguran un derecho a prácticas culturales del parto normal.

Diagrama 5
Mapa conceptual del parto



Las parturientas se acoplan a las rutinas obstétricas y cumplen las órdenes; no obstante muestran resistencias. Legitiman del parto biomédico en tanto le asegura tener hijos sanos. Como madres, el sacrificio es por el hijo sano. Conocen varios aspectos del parto tradicional, forma de cuidado obstétrico totalmente legítima en sus lugares natales, generalmente asociados con lo rural, con el *campo*. Sus familiares, especialmente sus *madres*, han experimentado esta forma de parto y les transmiten impresiones que, en la ciudad, les motivan a optar por el parto biomédico; pues, el primero lo relacionan con la *falta de atención*, con los *riesgos* para los hijos e hijas y con las experiencias de las madres asociadas al *pasado*. En este sentido, el parto tradicional también involucra formas de violencia, caracterizadas por las carencias económicas, la falta de acceso a la atención obstétrica en las emergencias y, en ciertos casos, el abandono familiar o social.

En contraste, las entrevistadas relacionan el parto biomédico con el *acceso a una atención* brindada por *expertos*, cuyos conocimientos no están al mismo nivel que el de las parteras. También, lo relacionan con la *ciudad* y con lo *actual*. De esta forma, *devalúan el parto tradicional y legitiman el parto biomédico*. Consienten los protocolos de atención como parte del reconocimiento a los conocimientos expertos y como parte de su responsabilidad maternal (ver Diagrama 5:51).

Atención mecanizada: parir con higiene

Los profesionales cuidan que el nacimiento (o expulsión fetal) se produzca en las condiciones que ellos consideran higiénicas. Por esta razón, cuando se acerca la etapa de expulsivo las mujeres son rápidamente trasladadas a la sala correspondiente. Para algunas parturientas este momento envuelve gran tensión física y emocional.

Gissela nos comenta su experiencia con respecto a las órdenes de los médicos sobre el pujo: primero, en la etapa de dilatación, le insistieron que “puje bien”. Luego, en el traslado hacia la sala de expulsivo, le pidieron que detenga los pujos y por lo tanto el nacimiento:

Me retaban que no pujaba bien, que todo el aire lo tenía aquí en la garganta y no pujaba nada abajo. Y ya. Vino un pujo bien fuerte y ya salió la cabeza del bebé [...] Después me retaron que cierre las piernas que todavía no. Y veníamos corriendo. Me retaron que cierre las piernas, de ahí me llevaron para allá y [...] no pude avanzar. En esta camita di a luz. Ellos querían que me pasara para la otra cama a dar a luz. Para no más de que salga el muchacho tanta cosa, tanto problema para no más que salga el muchacho. Tanta complicación [...] Estoy esperando que me lo traigan [...] Esta atención fue más o menos porque me retaron por no pujar bien. Yo ya me había olvidado cómo pujar los dolores y todo eso.

Repara en los regaños que recibí primero para que puje, luego para que no puje. En su testimonio evidenciamos que los profesionales tienen una visión mecánica del parto. La atención se limita al cumplimiento de las rutinas y los cuidados de la higiene, coaccionando a las mujeres a consentir los protocolos institucionales.

Cuando Alma, acostada en una camilla, era conducida a la sala de expulsivo, uno de los médicos colocó su mano en la región vaginal para evitar que el niño nazca en la camilla contaminada. Aida pidió al médico que “se quite”, pues obstaculizaba la salida del niño. A pesar de su disconformidad, señala estar “consciente” de la necesidad de esta acción para el bienestar de su hijo: “En realidad él lo que quería era evitar una infección a mi bebé [...] no puedo decir que es malo [...] era por el bien de mi bebé, yo estoy consciente de que era por el bien de mi bebé”.

Una vez en la sala de expulsivo, las parturientas con pujos intensos y en plena expulsión fetal deben trasladarse a una nueva camilla. Esta acción les resulta molesta, pues se ven obligadas a realizar un sobre-esfuerzo físico en el preciso momento en que su cuerpo derrocha gran energía por la salida del niño:

Mi bebé empieza a resbalar y me dice el doctor: “no puje”, me dice, “no puje, hay que cambiarle de camilla”. Le digo: “si no estoy pujando”, le digo, “quítese, déjele que nazca”; porque yo sentí que algo de mi cuerpo hacía presión para abajo y algo de afuera tapaba [...] Me alzo y alcanzo a ver que el doctor está puesto la mano allí. [El pujo] es involuntario [...] el

doctor siempre me dice [...] “no puje”. Le digo: “es que yo no pujo doctor” [...] Yo sentía que de afuera algo tapaba...el doctor con la mano allí. Le digo: “quítese [...] déjele que nazca” y me dice: “es que aquí no, esta es camilla contaminada” [...] Tiene su lógica también. El doctor no quiso que nazca en un ambiente contaminado; porque, como tantas mujeres que pasamos por ahí. Esa camilla en qué estado estaría.

Jhoana comenta que experimentó gran dificultad para cambiar de camilla. Las órdenes no fueron suficientes para ayudarle a tomar impulso. Las advertencias que su madre previamente le hizo sobre el riesgo de que el hijo se ahogue, en cambio, fueron decisivas:

Me decían que me pase a la otra cama y yo sentía que ya estaba casi afuera y no podía pasar. Y de ahí me tocó pasarme. ‘Señora pásese a la otra cama’. No podía, porque ya estaba con el bebé casi afuera. Mi mami me dijo que ‘si el bebé está afuera y no se puja rápido, el bebé se puede ahogar’. Me acordé de eso y me pasé rapidito.

Cuando Alma se acomodó en la nueva camilla fue incitada a retomar los pujos. Nos comenta que en ese momento ya no sentía ganas de pujar e insiste en que los pujos no son voluntarios, ella no los provoca; simplemente se relajó y su hijo nació: “Ahora si puje’, me dice [el doctor]. Le digo: pero es que usted no le deja salir; no es que yo no esté pujando. Entonces de allí yo me relajé, creo que [...] se bloqueó; porque yo me relajé y terminé de salir mi bebé”.

Miriam experimentó gran temor en el expulsivo. Dudaba de su capacidad para “ayudar” a su hija. Relata que la compañía de una médica fue muy importante: “Estuvo ella [la residente] a mi lado, le rogué que no se despegara de mí. Tuve un poco de susto de no poder ayudarle a mi hija como debe ser. Solo pensaba en ella [su hija], era ella, ya no era más el dolor, sino era ella [...] porque a veces dicen que se tragan el agua de fuente”.

Semira comenta que su parto fue difícil. Califica como positivas las acciones aplicadas por el personal para ayudarle a concluir el parto: “No podía hasta que el doctor me ayudó aplastándome aquí [en el vientre]”. La posición (de litotomía: acostada boca arriba) le resultó incómoda: “sentía

que me ahogaba”. Le ayudaron levantando su cabeza hasta acercar el mentón al pecho y motivándole a pujar:

Que a uno le levanten la cabeza si le ayuda. Lo que sentía es que en cada dolor me ahogaba. Me dolía a todos los lados, estaba recta. Me dolía estar del lado izquierdo, es lo que más me dolía. Entonces sí grité algunas veces [...] Me ayudaron diciendo que puje, pero no podía. Por eso la doctora le pidió ayuda al doctor.

Miriam sintió gran emoción cuando la recién nacida fue colocada en su vientre. Recuerda este momento con gran ternura: “Salió esta hermosura tan bella. De ahí me la pusieron aquí [...] Eso es algo único [...] Yo tanto que la amaba, la amaba mucho. Después la bañaron y me la trajeron limpiecita y me dijeron que si es que le quería dar tete [dar de lactar] y solamente le di un beso y se fue”.

Como vemos, en la atención del parto se confrontan acciones rutinarias con necesidades subjetivas y físicas de las parturientas. Los protocolos se enfocan en el aspecto biológico del parto y en los potenciales riesgos, características que determinan una atención mecanizada. Los profesionales se ven obligados a aplicar los reglamentos institucionales que pretenden prestar una atención de calidad: higiénica y organizada; pero que, sin embargo, ocultan ciertas formas de violencia. Asimismo, las parturientas consienten las órdenes médicas, aunque cuestionan la validez de las mismas.

Atención del parto

Para las parturientas el parto en casa se relaciona con la falta de atención. En contraste, señalan que La Maternidad representa una opción accesible de cuidados con la que muchas de sus madres no contaban. Al mismo tiempo, cuestionan el tipo de asistencia y diferencian entre buena y mala atención. Consideran una mala atención cuando las actitudes del personal se muestran “groseras”, cuando no reciben cuidado inmediato o no son ingresadas prontamente. Alma, por ejemplo, recuerda un parto de su cuñada en el mismo hospital:

No le atendían breve. Y le decían: “vaya camine [...] que si no, para qué ha mostrado, que ahora que disfrutó que pague”. Pero así, así groseras [...] ya tenía ese trauma [...] Decía: “si me voy ahorita que no me duele mucho [...] ¿Si a mis cuñadas que ya llegaban llorando les hablaban y no les querían atender? Peor, a mí que no me duele.

Cuestiona los procedimientos al señalar que existen complicaciones; aunque no cuenta con información suficiente. Al mismo tiempo, se conforma con la asistencia recibida: “Tuve una complicación pequeñita, un desgarro de primer grado porque me hicieron mal los puntos”. Relata una experiencia de mala atención que sufrió en un parto anterior. En su testimonio, se evidencia una actitud impositiva y de control por parte de las profesionales que la atendieron, pues presumieron que Alma desconocía del proceso, en consecuencia ignoraron totalmente sus peticiones:

Me ingresaron. La señorita decía que me tiene que revisar. Yo necesitaba urgente un baño: Y que no. Y que me siente porque me tiene que tomar la presión. Y yo sentía que ya no avanzaba a sentarme. Le digo: ya no me puedo sentar, ya no avanzo. Le digo: [...] que por favor me atienda. Eran bravísimas ahí, en ese entonces. Esta vez fue diferente. Me decían que no porque todavía me falta. Que de eso no sé. Que ellas son las que saben y que me tengo que sentar porque me tienen que tomar la presión [...] Y que hay que llenarle los datos. Le digo: yo necesito irme al baño. Le digo: ¿puedo irme al baño? que no. Que me va a revisar primero [...] y le dijo a la doctora: “a la señora revísele y queda para el otro turno”. Y no me dejaban ni irme al baño. No me indicaban donde era el baño. Ni me revisaban, ni nada [...] Era otra vez preguntándome los datos. Cuando me dice: “síntese porque hay que tomarle la presión”. Le digo: “pero ya me tomaron la presión”, le digo; y sentí una contracción durísima y abajo mi bebé. Le digo: “señorita mi bebé está naciendo”. Y ella no se ponía ni los guantes, nada pues. Y me dice “aquí no” [...] Allí le recibieron a mi bebé, en la recepción de la enfermería.

En este relato podemos evidenciar la necesidad de los profesionales y las profesionales de aplicar reglas de atención que en algunos casos obstaculizan el parto.

El abandono por parte del personal es otro aspecto que las parturientas califican como mala atención:

Así, al susto, al susto le cortaron el cordón, me pusieron en la camilla y me dejaron allí abajo [...] y a mi bebé le llevaron. A mí, como me dijeron que quedo para el otro turno, allí quedé [...] sólo con la bata. No se percataron de que aún no se me bajaba la placenta [...] y ahí me dejaron [...] Nadie fue a verme, ni a decirme su bebé está bien, ni nada (Entrevista a Alma, 2010).

Asimismo, es común una escasa o nula información por parte del personal. Según las entrevistadas, las decisiones suelen ser tomadas por los médicos y médicas con poca participación de las interesadas, por lo que caracterizamos a la asistencia del parto como impersonal y autoritaria:

Cuando dijo el doctor: “esta señora ya no puede perder más sangre. Hay que sacarle el útero”. Yo digo: “¿sacarme el útero?” [...] me asusté porque no creí escucharle bien. Le digo a la señora [otra paciente] “oiga qué me pasa” le digo. “¿Por qué todas dan a luz después que mí y ya se van? Y yo sigo aquí” [...] y me dice: “es que usted está sangrando mucho [...] y creo que le van a sacar el útero” [...] Yo [...] estaba asustada [...] digo dios mío [...] yo decía: “doctor qué me pasa”. Y no me decían ni estoy bien, ni estoy mal, ni nada. Entonces yo me quedé traumada de esa experiencia (Entrevista a Alma, 2010).

Las parturientas califican como buena atención a las actitudes de disposición e interés mostradas por los profesionales: “los doctores estaban pendientes”. Al respecto, Alma añade:

La doctora pidió que por favor me pasen el bidel para yo orinarme [...] ya estaban pendientes que si de pronto nace y ya en seguida se puso los guantes. En seguida se prestaron. En realidad me atendieron [...] Estaban ellas con cuidado de que de pronto se me va el bebé en el baño [...] Esta vez sí están pendientes de los pacientes [...] Estuvo bueno, porque mujer que pedía ayuda, y doctores que les atendían. Entonces siempre había alguien atendiendo [...] No quedábamos abandonadas, como en mi otro parto. Ya digo, nos dejaban sin importarles [...] Una señora dio a luz en el baño.

Martha, de 35 años de edad, vive en el extremo norte de Quito. Acudió a la Maternidad para su cuarto parto. Su tercer hijo lo tuvo hace 12 años en este mismo hospital. Al igual que Aida, Martha señala como buena atención la presencia y acompañamiento constantes del personal: “Yo lo que quería es que los doctores estén allí; el momento de mi parto estaban allí, eso es lo que me gustó”; siendo ésta una de las razones por las que nuevamente eligió este centro. Además, reconoce el beneficio de los recursos técnicos disponibles: “En la casa tengo miedo a quedarme, que me dé un parto, o no sé. En la casa no hay quien le dé a uno oxígeno o algo...”.

Los recursos técnicos y la presencia constante de personal médico especializado son características que dan confianza a las mujeres que se sienten “atendidas”. Estas particularidades motivan su opción por La Maternidad; tal como lo confirma el informe de Veeduría, en donde se señala que el 95% de las cien encuestadas recomendaría la utilización del servicio a otras personas. Y de éstas, el 49% recomendaría el servicio por la buena atención (Distrito Metropolitano de Quito, 2007).

En contraste, algunas parturientas observan desconocimiento entre los profesionales de otras unidades, tal como señala Ximena (de 19 años de edad), quien acudió a la Maternidad para su primer parto luego de haber consultado en otro centro de salud pública: “Me dijo el doctor que me tome una buscapina, algo absurdo pues. Fui a la clínica, me hicieron un eco y me dijeron que mi hijo ya quiere nacer. Entonces vinimos para acá y aquí ya me internaron”.

Las parturientas acuden a La Maternidad seguras de que la atención que recibirán será la más adecuada. Experimentan contrariedades en varios momentos de su estancia en el hospital; sin embargo, puede más el sentido de responsabilidad maternal y el propio convencimiento para valorar las prácticas biomédicas que prometen eficacia.

A pesar del consentimiento a las prácticas biomédicas, las parturientas reconocen formas de violencia que las relacionan con la mala atención del parto. Al mismo tiempo, otros actos no menos violentos, justificados por los protocolos médicos quedan ocultos para las parturientas y para los profesionales bajo la lógica de atención del parto biomédico. En estos aspectos profundizaremos en el siguiente capítulo.

Pluralismo médico y disputas médicas en la atención del parto

Las parturientas que acuden a La Maternidad provienen de diversos grupos étnico-culturales del país y conocen formas diversas de atención del parto. Los discursos familiares influyen en su decisión de optar por el parto biomédico, que idealmente se configura como un evento social en el que intervienen los profesionales y algunos miembros del grupo familiar con el fin de resguardar el bienestar del recién nacido o recién nacida. En los relatos, reproducen aspectos del discurso marianista que evidencian las duras realidades vividas por sus madres, luchadoras solitarias en defensa de sus hijos (Cuvi y Marínez, 2001).

A través de su propia experiencia, las parturientas aprenden el significado de la maternidad. En sus discursos, muestran la necesidad de justificar su opción por el parto biomédico y al mismo tiempo devalúan las prácticas tradicionales de atención, evidenciándose algunas paradojas entre los dos modelos (ver Tabla 3).

Tabla 3
Paradojas en la atención del parto

Contexto: pluralismo y disputas médicas		
Variables	Parto tradicional	Parto biomédico
Atención	Deficiente	Experta
Dolor	<i>Contradictorio</i> Intenso/Leve	<i>Contradictorio</i> Intenso/Leve
Tiempo	Rápido/Lento	Rápido
Riesgo	Mayor	Menor
Escenario	Rural, campo	Ciudad
Temporalidad	Pasado	Moderno
Familia	Dentro o cerca	Fuera
Parturienta (paciente)	<i>Participa</i> (agente de su propio parto) ¿Se acopla, cumple órdenes?	<i>Participa</i> (agente de su propio parto) <i>Se acopla</i> y cumple órdenes.

Para las parturientas, el parto tradicional está asociado con la falta de atención cuando dan a luz solas o con una atención *deficiente*. También lo relacionan con los *riesgos* de sufrir alguna complicación física que comprometa especialmente la salud del recién nacido o recién nacida y en último caso la propia. Asimismo, lo relacionan con la figura del *campo*, de lo *rural*; con las *experiencias pasadas de sus madres y abuelas*.

Antes de referirnos al parto biomédico, corresponde aclarar que el hospital es un escenario en el cual, gracias a los adelantos científico-tecnológicos, se resuelven distintas patologías que ponen en riesgo la vida de las mujeres y la de sus hijos, tales como hemorragias, hipertensión arterial, etc. Sin embargo, según los críticos de la obstetricia biomédica, el parto en sí mismo es un proceso fisiológico que no requiere intervención tecnológica. Al respecto, Fernández (1994:98) menciona el criterio del doctor Wagner, miembro de la OMS: “no se ha podido probar científicamente que parir en el hospital sea más seguro que parir en casa para una mujer cuyo embarazo no haya sido problemático”.

Las parturientas relacionan el parto biomédico con una opción de acceso a la atención profesional, que puede ser buena o mala, dependiendo de la prontitud del ingreso, del acompañamiento o interés que muestran los profesionales y de las actitudes con las que se dirigen hacia las parturientas. Además, lo relacionan con la posibilidad de recibir una *atención de expertos* en el parto, en un escenario que cuenta con la tecnología apropiada y por lo tanto con *menor riesgo* de complicaciones para el hijo o la hija. También, con la figura de la *ciudad*, con lo *actual*, lo *moderno*. Así pues, el parto biomédico se configura como un sistema experto, legitimado en La Maternidad pese a que las normas (MSP, 2008b) dan otra idea de atención: la del parto tradicional, que es aplicada en otros centros de salud públicos. Expropia conocimientos y sentido común de las parturientas para transformarlas en víctimas, en pacientes, en un ámbito de conocimientos expertos.

En la retórica de las parturientas, evidenciamos un desplazamiento de lo que Panadero (2006b) llama “la red social de cuidados”. Es decir, el parto en casa o tradicional es reemplazado por una práctica de atención hospitalaria o biomédica. La familia y la comunidad tradicionales están dejando de ser el escenario que brinda opciones efectivas al problema de

dar a luz. El parto es visto como un problema por los riesgos que conlleva, especialmente para el hijo o hija.

Las parturientas eligen constantemente entre dos formas de atención, dependiendo de su percepción de complejidad biológica (lo que ocurre en sus cuerpos) y técnica (quién puede resolver). Los imaginarios maternos y los discursos familiares les motivan a buscar aquello que consideran una atención experta del parto. De esta manera, evidenciamos un proceso de legitimación del parto biomédico entre las parturientas que acuden a La Maternidad. Ligado a un proceso de devaluación de las prácticas tradicionales de atención del parto. Las dos son formas de atención vigentes entre la población ecuatoriana, configurando un contexto actual de pluralismo médico o coexistencia “de diversas medicinas, de las cuales un mismo paciente puede hacer uso de manera simultánea” (Panadero, 2006a:6). Sin embargo, esta legitimación no es total, el parto biomédico no ha normalizado dos niveles de sus prácticas: familia y paciente, que siguen siendo ámbitos de negociación en el parto; pues, las mujeres quieren control de algunos aspectos de su cuerpo, expresan límites, les molesta la presencia de los hombres, la exposición del cuerpo (las miradas, los tactos vaginales), la prohibición del acompañamiento familiar. Pese a ello, se acoplan a las rutinas de atención en base a los temores que les provoca la idea de riesgo para sus hijos, en base a la concepción del parto como un proceso inevitablemente doloroso, asociado a un castigo al placer y en base a la poca información con la que cuentan; por lo que evidenciamos ciertas formas de coerción. El parto biomédico no está naturalizado; hay una protesta, parte de lo que es la violencia que será analizada en el siguiente capítulo.

Notas

- 1 Como mencionamos anteriormente, en este trabajo entendemos el parto tradicional como el parto en casa asociado a la figura de la partera y de la familia. El parto biomédico lo entendemos como la atención profesional, institucional. Las otras formas de parto en las que los profesionales atiende en casa o en las que las comadronas integran conocimientos de la biomedicina no están incluidas en este estudio.
- 2 Según las entrevistadas, las parteras tradicionales no realizan el tacto vaginal, examen que correspondería más bien al ejercicio biomédico y por lo tanto a la práctica de las parteras capacitadas en este sentido.

Capítulo V

Formas de violencia

En este capítulo, iniciamos señalando las características del modelo biomédico de atención en salud, reflejadas en la atención obstétrica y criticadas por grupos a favor del parto humanizado (Fernández, 1994) como formas de violencia en el parto.

Para hablar de violencia en la atención del parto nos basamos en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Salud Pública (MSP); en las críticas al parto biomédico planteadas por grupos que defienden la idea de parto humanizado; y en las cuatro formas de violencia que Valls-Llobet (2009: 362) reconoce en la práctica médica: limitación de la comunicación; sensación de pérdida de poder; sensación de ser ignoradas; falta de empatía. Estos criterios nos ayudan a reconocer las acciones coercitivas que el personal ejerce en las usuarias: imposición de rutinas de atención, falta de información suficiente, cuerpo convertido en objeto de aprendizaje, etc. Actos que reproducen una lógica institucional de atención masificada, estandarizada, medicalizada, que refuerzan la necesidad de intervención técnica en el parto, ocultando formas de violencia.

Modelo biomédico y violencia

Menéndez (1985: 3, 2) señala que el “modelo médico hegemónico” se caracteriza por cuatro funciones principales: curativo-preventiva, norma-

tizadora, de control y de legitimación. Las funciones normatizadora y de control están inevitablemente contenidas en la práctica médica. No puede existir trabajo médico (tal como está construido el modelo) sin normatización que le permita la acción y sin control que le permita la eficacia; en consecuencia, la participación de los sujetos debe ser pasiva (pacientes) para permitir la actuación de los profesionales. La práctica médica está centrada especialmente en el aspecto curativo, que no contempla los factores sociales que influyen directamente en el proceso salud-enfermedad. Su fijación en la enfermedad da como resultado una atención en salud “medicalizada, biologicista, a-histórica, a-social, individualista, y participacionista subordinada”. Estas características construyen una práctica técnica y social que deposita en la persona o en un “ambiente natural” los factores etiológicos y curativos. En definitiva, “los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son secundariamente tomados en cuenta y el sujeto o los conjuntos sociales son considerados siempre como pacientes”.

Asimismo, Menéndez (1985) hace referencia a una crisis del “modelo médico hegemónico” en distintos países, como resultado de una dificultad para resolver todos los problemas de salud relacionados con los determinantes sociales (crisis socioeconómicas que crean enfermedades como la desnutrición y problemas de estrés o psicológicos). Esta contrariedad empuja a que ciertos sectores hagan uso de otras prácticas médicas, que las agrupamos bajo el nombre de “medicinas alternativas” (Panadero, 2006 a) y que contribuyen a dar forma a un escenario de “pluralismo médico”. Sin embargo, el autor anota que, en la lucha por mantenerse, el modelo médico afianza su función curativa a través de la creciente medicalización, como una manera de lograr la salud de forma “rápida” y “eficaz”. Proceso que se evidencia especialmente en grupos sociales cuyas condiciones parecen no brindar alternativas efectivas en salud; como en el caso de las parturientas que acuden a La Maternidad, que a través de la elección del modelo biomédico devalúan las prácticas tradicionales de atención.

Para algunos autores, el dominio de las prácticas curativas no tiene que ver solamente con la reproducción de la industria de la salud, sino también con procesos de reproducción y de legitimación ideológica del sistema.

La inducción médica fomenta directa e indirectamente la aceptación de la hegemonía de dicha práctica por parte de los conjuntos sociales. Conduce a estos conjuntos y sobre todo al conjunto de las clases subalternas, a percibir y a demandar este tipo de práctica como “la mejor”, o por lo menos como la mejor que el sistema global les puede dar. Diversas investigaciones evidencian que son los sectores de menores ingresos los que tienden a incrementar la demanda de los servicios médicos de salud cuando pueden consumirlos (Menéndez, 1985: 5).

La obstetricia biomédica, como parte de este modelo hegemónico, contiene todas las características señaladas de las cuales destacamos: la patologización, la medicalización, la participación subordinada de la parturienta y el aislamiento del grupo familiar. Estas condiciones permiten poner en práctica las funciones de normatización, de control y de legitimación del parto biomédico, criticadas como violentas tanto por grupos a favor del parto humanizado (RELACAHUPAN, 2001) como por las leyes sobre violencia obstétrica y las recomendaciones para el nacimiento de la OMS (1985) y del MSP (2008b).

La violencia en la atención del parto está determinada por rutinas que, como en La Maternidad, son comunes en los servicios públicos de atención obstétrica masiva de varios países del mundo:

Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Practicar el parto por vía cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (República Bolivariana de Venezuela, 2007: 16).

La violencia obstétrica está tipificada en varias legislaciones de América Latina como en la argentina, la costarricense y la venezolana, entendiéndose por esta

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (República Bolivariana de Venezuela, 2007: 7).

La atención hospitalaria del parto normal se constituye en muchos casos en experiencias traumáticas para las mujeres que cuestionan las rutinas de atención aunque terminen aceptándolas (Entrevista a Alma, 2010). Estas percepciones se vuelven consistentes si revisamos las recomendaciones para el nacimiento de la OMS (1985) y del MSP (2008b), las mismas que nos han permitido explorar las formas de violencia que se ejercen durante la atención del parto en La Maternidad.

Atención del parto: violencia y negociaciones de las mujeres

En la normativa general materno-neonatal del MSP (2008b: 41) ecuatoriano, el parto es entendido como el conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones. Asimismo, se diferencian tres etapas de atención del parto normal: dilatación y borramiento, expulsivo y alumbramiento, cada una con distintas acciones a tomar en cuenta. La especificación de acciones se relaciona con las necesidades de las parturientas, pero también con las necesidades de intervención de los profesionales.

En la Declaración de Fortaleza, la OMS (1985) diferencia entre recomendaciones generales y específicas sobre el nacimiento. Las primeras se refieren a las acciones estatales y sociales en defensa de los derechos a una atención prenatal adecuada. Las recomendaciones específicas enumeran aspectos a tomar en cuenta durante la atención del parto que coinciden con el protocolo del MSP (2008b) ecuatoriano.

Con fines analíticos hemos dividido a las distintas recomendaciones de la OMS (1985) y del MSP (2008b) en tres grupos: cuidados emocionales, trato y valoración hacia las parturientas y no patologización (ver Tabla 4).

Tabla 4
Normas de atención del parto: evidencia en La Maternidad

Normas	Observación	Interacciones (coerción/consenso)
Cuidados emocionales		
Apoyo emocional del familiar	No se cumple	Algunas parturientas piden que ingrese un familiar. Se acoplan a las condiciones.
Apoyo emocional del profesional. Calidez en la atención	No se cumple (atención mecanizada)	Las parturientas buscan apoyo en el personal.
	Se cumple (cuando la demanda lo permite)	Algunas lo consiguen, a través de su colaboración en la atención.
Lactancia inmediata Alojamiento conjunto	No se cumple No se cumple	El personal pregunta a la madre si desea dar de lactar a sus hijos y al mismo tiempo el recién nacido es llevado a otra sala.
Trato y valoración hacia las parturientas		
Explicar, escuchar y responder a las inquietudes (profesionales)	No se cumple (El trato es impersonal).	Las parturientas preguntan, pero reciben poca información.
	Se cumple (cuando la demanda lo permite).	Depende de la predisposición de los profesionales.
Anticipar procedimientos	No se cumple	Las parturientas se acoplan
	Se cumple	Las parturientas se acoplan
Libertad de movimientos	No se cumple	Las parturientas se acoplan, aunque demandan cambiar de posición.
Prácticas culturales	No se cumple	Las parturientas devalúan las prácticas tradicionales.

No patologización		
No venoclisis rutinaria	No se cumple	Las parturientas desconocen este procedimiento y su utilidad.
No episiotomía rutinaria	No se cumple	Las parturientas desconocen este procedimiento y su utilidad.
No rasurar	No se cumple	Las parturientas se acoplan.
No ayuno	No se cumple	Las parturientas preguntan por la hora de comida. Se acoplan a las condiciones.
Repetir el siguiente tacto vaginal cuando sea necesario	No se cumple. Lo realizan varios profesionales al mismo tiempo	Algunas parturientas se resisten al examen vaginal, sin embargo terminan aceptándolo.

Fuente: OMS (1985); MSP (2008b). Trabajo de campo noviembre (2010) a febrero (2011).

Cuidados emocionales

Las historias de las parturientas nos sugieren el parto como una experiencia significativa para cada una de ellas. Una experiencia que se imprime en su memoria, en su cuerpo. Un momento que marca la imagen que tendrán del hijo o hija que les acompañará para toda su vida. Pero ¿cuál es la importancia de los aspectos emocionales-afectivos cuando está en riesgo la vida y el bienestar de una mujer y de su futuro hijo o hija? ¿Lo extraordinario del parto radica en poder escuchar el llanto del ser amado que borra las impresiones y los dolores sufridos?

La OMS (1985) y el MSP (2008b) señalan como una de las recomendaciones: cuidar del bienestar de la madre a través del apoyo emocional brindado por la compañía de un familiar y por el trato cálido del personal de salud.

El cuidado de los aspectos emocionales durante el parto normal es importante por dos motivos. Primero, porque siendo el parto un proceso

fisiológico, no una enfermedad (patologización), se ve facilitado por un estado emocional armónico (Fernández, 1994). Segundo, porque es un evento en el que confluyen aspectos físicos-subjetivos de las parturientas y prácticas biomédicas que las exponen a la violencia, que las colocan como “cuerpos vulnerables” (Butler, 2003).

La aplicación de esta recomendación implicaría una preparación de la parturienta y de su acompañante, del escenario en donde ocurrirá el parto y un cambio de paradigmas de la visión biomédica del parto como enfermedad, para entenderlo como un proceso fisiológico en el cual la parturienta tiene participación activa; pues, a pesar de la norma y de que las parturientas sienten la necesidad de ingresar acompañadas, tal como anotamos en el capítulo anterior, se ven obligadas a aceptar como parte de la lógica institucional la prohibición del ingreso de familiares y el trato impersonal que los profesionales les brindan.

De las observaciones realizadas inferimos que el reducido espacio físico y las condiciones de asepsia del área de partos impiden el ingreso de los familiares pues, este derecho sí se cumple en unidades de salud pública de menor complejidad.

Antonia, de 29 años, acudió a La Maternidad para su tercer parto. Sus otros hijos los tuvo en una fundación. Tras sentir los primeros dolores de parto fue a un subcentro de salud en donde le aconsejaron ir a un hospital público por la probabilidad de presentar un parto dificultoso. Sintió temor a que no la reciban, pero acudió porque siente confianza en la atención que brindan en La Maternidad. Compara su experiencia con la de su hermana residente en España: “allá es diferente, el esposo entra y le filma cómo da a luz la esposa”.

Lucía, una de las parturientas mencionadas en el capítulo anterior, recurrió a La Maternidad pensando que podría ingresar con su esposo. Señala que la compañía de un familiar le brindaría apoyo emocional, pero al mismo tiempo comprende que la cantidad de usuarias y el espacio reducido impiden el ingreso de los mismos: “yo decía: por qué no dejarán entrar a alguien que ayude [...] Dicen las doctoras que no hay cómo, porque son bastantes pacientes y mejor los familiares estorban; pero a uno sí le hace falta, sería un apoyo [...] En parte está bien por el espacio”.

Igualmente, la gran cantidad de parturientas y el trabajo extenuante al que se ve sometido el personal de salud, son condiciones que dificultarían la predisposición del personal a brindar “apoyo emocional”: Maribel se mostró muy sensible luego del nacimiento de su hijo. Una de las enfermeras presentes en la sala de partos, al mirar el llanto de Maribel, pregunta: “¿señora por qué llora? ¿Qué le pasa, por qué llora?...” Maribel responde con silencio y conteniendo el llanto (Observación 10, 2011).

La “falta de empatía”, señalada por Valls-Llobet (2009) como una de las formas de violencia de la práctica médica, la relacionamos con la falta de apoyo emocional y de trato cálido por parte de los profesionales. Esta omisión se expresa a lo largo de todo el proceso de atención y se hace evidente en la percepción de las parturientas sobre la necesidad de ganarse el apoyo emocional del personal a través de la “colaboración” (Entrevista a Miriam, 2010); es decir, a través de la aceptación de las intervenciones médicas.

Lucía advierte que el apoyo emocional brindado por los médicos se limita a las recomendaciones sobre la posición o el pujo: “no saben qué hacer, cómo ayudar [...] Ellos [los médicos] solo nos ven. [Nos dicen] puje o ya no puje, puje bien, ya no se pare, siéntese, acuéstese”. En su caso, el dolor intenso del parto le colocó en una posición de vulnerabilidad y exposición a las acciones médicas: “el rato del dolor ya no se piensa en nada, solo se quiere terminar [...] los dolores son terribles, como que le están sacando un hueso [...] parecía que cuando ellas [las otras parturientas] gritaban a una también le cogía el dolor [...] del dolor ya no se siente nada, ya no le importa nada”.

Lucía relaciona el parto con inevitables dolores intensos y lo conceptúa como una “experiencia fuerte” cuya atención corresponde preferentemente a los profesionales.

Las parturientas que han tenido partos anteriores en otras instituciones públicas o en la misma Maternidad recuerdan algunas situaciones de maltrato. Alma, por ejemplo, nos relató su experiencia en el cuarto parto, calificándola como “traumática” por el abandono que sufrió y la falta de comunicación con el personal que la atendió en la misma Maternidad.

Otra recomendación cuya aplicación se ve dificultada es la concerniente a la lactancia inmediata (OMS, 1985). Las enfermeras suelen preguntar a la

madre si desea dar de lactar a su hijo o hija, mientras ésta permanece en la sala de expulsivo en medio del alumbramiento (expulsión de la placenta), la sutura de la episiotomía y el dolor del proceso. Por lo general, las madres miran con gesto emotivo a su hijo o hija y guardan silencio. La atención está organizada para que el recién nacido sea llevado a la sala de pediatría hasta que la madre pase al área de hospitalización, en donde podrán estar juntos. Algunas madres esperan varias horas. El tiempo de espera dependerá de su estado de salud y de la disponibilidad de camas en hospitalización, mientras tanto permanecen a la expectativa de ver a sus hijos e hijas.

Trato y valoración hacia las parturientas

El área de partos de La Maternidad se caracteriza por la gran cantidad de parturientas, profesionales, por el ruido y el trabajo constantes. En este escenario, las preguntas y las opiniones que las usuarias manifiestan a los profesionales suelen ser minimizadas. En ciertas ocasiones, las parturientas no son escuchadas o sus preguntas son vagamente respondidas como en el caso de Alma quien, alarmada, se vio obligada a preguntar a otra paciente que ocupaba la camilla contigua sobre la supuesta decisión de un médico para extirparle el útero. Estos hechos revelan una “limitada comunicación” entre profesionales y parturientas, criterio planteado por Valls-Llobet (2009: 362) para identificar la violencia en el quehacer médico.

A las dificultades que el espacio presenta para la comunicación se suman las interpretaciones particulares que cada mujer hace sobre la utilidad de las rutinas hospitalarias, situación que para el personal de salud no representa mayor problema en la medida en que facilita el trabajo. De las 15 entrevistadas apenas dos habían cursado la universidad, sin embargo manifestaron que los pocos conocimientos sobre el parto los aprendieron de sus familiares y amigas. Para Lucía, por ejemplo, las preguntas que los profesionales realizan con el fin de llenar la historia clínica es una estrategia que ayuda a disminuir el dolor del parto: “Me impresionó que hay bastantes doctores para que le vean, hay bastantísimos doctores y de ahí le preguntan de todo. Yo creo que es para distraer del dolor”.

Las decisiones que el personal toma sobre la salud de las parturientas por lo general tienen resultados favorables, aunque en el caso de Jhoselyn se presentaron algunas dificultades que provocaron hipoxia en la recién nacida, con probables secuelas neurológicas. Durante la fase de dilatación, Jhoselyn padeció de presión arterial elevada, por lo que los médicos indicaron la necesidad de cesárea. Sin embargo, después de varias horas en la sala de dilatación tuvo un parto eutóxico, aunque complicado (Por otro lado, este hecho plantea un cuestionamiento a la idea de “eficacia” en el modelo biomédico).

Valls-Llobet (2009) plantea una tercera forma de violencia: “la sensación de pérdida de poder”, que se expresa en la espera prolongada de algunas parturientas previo el ingreso o en la demora de la atención una vez ingresadas. Alma, por ejemplo, nos comenta que en su cuarto parto, los profesionales ignoraban lo que ella les comunicaba. Dio a luz en emergencia y luego fue “abandonada” en una sala sin que haya expulsado la placenta y a la espera de los profesionales que ingresarían en el siguiente turno: “ahí me dejaron para el siguiente turno”.

En muchas ocasiones el personal se muestra apático ante las necesidades que refieren las parturientas: incomodidad por la exposición de su cuerpo a las miradas de todos los presentes, necesidad de cambiar de posición, de caminar. Lucía nos relata que sentía necesidad de pararse, pero el personal le indicó que debe permanecer recostada: “[quería] pararme o sentarme, ya no estar acostada porque sí duele [...] cuando uno se para creo que le calma un rato [el dolor]. Me decían: ‘no se pare porque es peor’”.

La aplicación de los protocolos obstétricos crea un imaginario de sujetos (parturientas) iguales. Los profesionales ven a las parturientas como sujetos homogéneos y las mismas parturientas se identifican como semejantes e interaccionan entre ellas controlando sus propias acciones (cuando alguna siente dolor y se queja, otra le recomienda que colabore). Se miran como sujetos iguales a quienes se les aplicará las mismas exploraciones. Además, la estandarización de la atención configura a las parturientas como objetos carentes de sentimientos, como en el caso de Yolanda. Para ella la permanencia en el área de partos fue muy dolorosa dado que, por motivos de salud, estaba sufriendo un parto provocado. Yolanda tenía muchos deseos

de ser madre por segunda vez; en su opinión, la identidad de la mujer está asociada a la maternidad:

Un parto es bonito porque es una alegría grande. Mi primer parto (en otra unidad de salud) fue difícil. No me explicaban nada, solo me daban medicamentos. Pedía que me expliquen y decían “ya le vamos a explicar”, pero nada. Ahora sí explican qué van a hacer [...] Creo que una mujer se siente mujer teniendo un hijo a lado, al sentir como crece dentro de uno, esa experiencia es muy bonita [...] Mi primer hijo falleció a los 15 días. La segunda tiene ocho años. En este estoy muy triste porque me dicen que estoy mal con la presión y que por eso me están provocando el parto. Ya sé que no va a vivir [...] Sí me falta apoyo [...] Para mí este parto es muy doloroso [...] no tanto en lo físico [...] Me consuela [...] saber que mi hija me espera en la casa.

En este grupo de recomendaciones incluimos la que se refiere al “derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes” (OMS, 1985). A pesar de que varias usuarias conocen prácticas tradicionales de atención del parto (al igual que otras parturientas auto-identificadas como mestizas), ninguna de ellas exige este derecho. Al preguntar a un médico sobre la ausencia de prácticas “culturalmente importantes” en la atención del parto nos respondió que cualquier mujer que desee otro tipo de atención está en la libertad de solicitarla, pero ninguna lo hace:

Si alguien quiere parir de pie o en posición vertical corre el riesgo de que el bebé se golpee o le pase algo, pero no se puede prohibir. Se le pide que firme y se hace lo que pide. A mí nunca me ha tocado alguien así, pero tiene que ver con la autonomía de cada cual. Además aquí no hay equipos adecuados para eso y hay muchas pacientes (Entrevista a IE, 2011).

En las historias de las parturientas percibimos que el personal de salud cumple con las rutinas de atención sin tomar en cuenta las necesidades particulares de las mujeres, ya sea porque el espacio o la cantidad de usuarias no lo permiten, o porque no este aspecto no está lo suficientemente resaltado en la formación médica. Además, la legitimidad del modelo bio-

médico de atención del parto, dentro de La Maternidad, brinda seguridad en las acciones obstétricas, tanto a los profesionales como a las parturientas que se acoplan a las mismas.

Durante el trabajo de campo notamos que las dos visiones de atención del parto (la biomédica y la tradicional) están presentes en el imaginario de muchos de los profesionales, así como de las parturientas. Los profesionales no reciben en su formación ninguna referencia sobre prácticas culturales de atención del parto. Sin embargo, muchos han estado en contacto con estas prácticas, ya sea por su procedencia socio-cultural o por la experiencia médica adquirida fuera del contexto hospitalario (subcentros de salud). La práctica obstétrica es ajena a estos aspectos y los profesionales conciben una contradicción entre un tipo de conocimiento científico aplicado en el hospital (lugar donde se crea ciencia) y formas culturales de atención del parto características de otros espacios, vistos como no científicos pero, actualmente, incorporados a la práctica médica bajo el enfoque intercultural (MSP, 2008a).

Algunos aspectos de los dos modelos de atención del parto (biomédico y tradicional) coinciden entre sí. Sin embargo, los materiales con los que cuenta la institución y la forma rutinaria de atención no permiten ponerlos en práctica. Uno de estos es la libertad de movimientos. Al respecto, el libro de obstetricia en el que se forman los médicos y médicas señala: “En posición vertical las contracciones uterinas tienen mayor eficacia para dilatar el cuello y la duración del período de dilatación en dicha posición se abrevia en un 25%” (Schwarcz, 2003: 374). Es decir, el parto es más sencillo y rápido en posición vertical. No obstante, dada la forma de atención rutinaria y las condiciones físicas de la institución, las parturientas se ven obligadas a permanecer en decúbito dorsal (acostadas boca arriba). De esta forma, se incumple otra de las recomendaciones de la OMS (1985) y del MSP (2008b): permitir a la parturienta “caminar durante la dilatación [...] cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo”. Algunas de las mujeres suelen solicitar insistentemente cambiar de posición. Los profesionales suelen responder de forma negativa o con el silencio. Las parturientas, por lo general, acogen las órdenes de los médicos, médicas y enfermeras. Es común que otras mujeres en labor de parto

que permanecen en camillas contiguas aconsejen colaboración y tranquilidad a la parturienta que se queja.

Los médicos y médicas en formación aplican diariamente los conocimientos teóricos, pero consolidan sus conocimientos a través de la práctica hospitalaria. Cuando preguntamos a Ane, una médica en formación, sobre la posición más favorable para el parto nos respondió: “buscar cualquier posición está en duda, porque el canal del parto se abre más cuando una mujer está acostada”.

La praxis hospitalaria involucra una devaluación del enfoque tradicional, ya que las prácticas tradicionales, *en apariencia*, son contrarias a los conocimientos biomédicos considerados científicos. Antonia, por ejemplo, señala conocer escasamente sobre el trabajo de las parteras y no confiar en sus métodos:

Mejor son los médicos. No es lo mismo, porque [las parteras] no tienen los equipos necesarios como en un hospital [...] mejor es el hospital con más confianza. [Antonia había ingerido agua de canela por consejo de su familia y nos comenta la advertencia de la pediatra al respecto:] la pediatra me dijo que eso [el agua de canela] ha sabido asfixiar a los bebés. [Sin embargo, su parto fue normal y sin complicaciones].

No patologización

Varios de los procedimientos que se aplican frecuentemente en La Maternidad no están recomendados por las normas de la OMS (1985) y del MSP (2008b). Una de estas menciona: “no está justificado el uso sistemático de la episiotomía”. Sin embargo, este es un procedimiento rutinario en la atención. Su objetivo es disminuir los riesgos de desgarros perineales que comprometan la mucosa rectal y el esfínter anal. Esta rutina está señalada por los estudios científicos como beneficiosa tanto para la madre como para su hijo o hija, dado que disminuyen la compresión sobre la cabeza del niño en la etapa de expulsivo (Schwarcz, 2003: 405). Al contrario, Fernández (1994) señala que esta práctica no es necesaria, sobre todo si la parturienta se coloca en posición vertical.

Otra recomendación hace referencia a la rasura: “no está indicado rasurar el vello pubiano [...]” (OMS, 1985). La rasura del vello pubiano es una práctica también rutinaria en La Maternidad. Un auxiliar de enfermería nos explicó que se rasura a todas las parturientas por higiene: “para evitar que los vellos se conviertan en agentes contaminantes entre las parturientas”. Puesto que el hospital es un espacio en el que se atiende a gran cantidad de personas, cada una con características corporales particulares, probablemente es necesario este procedimiento para evitar infecciones.

La siguiente recomendación hace referencia a la ingesta de alimentos: “No mantenga el ayuno” (OMS, 1985). Dado que el área obstétrica es un espacio estéril el ingreso de alimentos está prohibido. Ocasionalmente y luego de algunas horas de postparto, las parturientas que están en condiciones de caminar se dirigen a la puerta de ingreso en donde reciben algún alimento. En el trayecto, algunas se desmayan (probablemente por la baja presión arterial secundaria al sangrado en el parto). Esta condición les obliga a volver a su respectiva camilla. Podrán ingerir alimentos libremente solo cuando estén internas en el área de hospitalización, en donde permanecen junto a sus hijos y reciben la visita de los familiares en el horario respectivo.

Asimismo la venoclisis rutinaria o aplicación del suero fisiológico es una práctica usual, aunque no necesaria, según la OMS (1985). Antonia nos cuenta las peripecias de una enfermera para colocarle una vía (suero fisiológico).

Me decían que “ya nace” y no me encontraban la vía. Me decían “apriete el brazo” y yo no quería apretar nada, solo quería pujar y ni siquiera le vi a la persona que me puso la vía. No oía nada. Solo cerraba mis ojos y trataba de pujar y me decían “aguante hija no puje, porque aquí no puede nacer” [...] Yo sentí clarito que ya bajó la cabeza [...] “no puje mamita, no puje” decían: “cójale la vía ya! licenciada” y decía: “hay! que ésta niña no me colabora”. Y corre, corre y yo en la camilla [...] y apreté el brazo. Y que no podía cogerme la vía. Y yo ya no podía más, me dolía todo y ella me decía [la enfermera] “hay! usted no me colabora para nada y ahí es cuando me da iras”.

Lucía asocia el suero fisiológico, que rutinariamente se coloca a las parturientas, con los dolores del parto: “yo decía a qué hora es que nos ponen un medicamento [suero] para que nos den los dolores”. De esta forma, acepta la medicalización como parte de la atención del parto normal. Sobre su vivencia agrega: “es una experiencia nada bonita la que se vive aquí; pero ya, cuando se los tiene en el brazo se viene una ternura a uno mismo, es algo tan indescriptible, se siente uno tan llena de paz [...] por el mismo hecho que duele parir a un niño es una experiencia bendecida por Dios”.

Antonia, por su parte, reconoce más explícitamente ciertas formas de violencia en la atención:

El mismo hecho de gritar, eso ya es violencia, es una forma de agredirle a la persona [...] Aquí decían “apúrese mijita”, pero a la larga digo mejor respiro y no me pongo a pelear, porque aquí hay más gente y uno entiende que hay gente grave. En el otro centro me trataba como que fuera analfabeta. Me decía “a usted le toca tal hospital y qué hace aquí!” Le dije “yo también tengo mis estudios”, le dije “yo estudié parvularia” y ya cambió el trato y me empezó a tratar mejor [...] Mi esposo decía “vamos a denunciar porque ya no estamos en la época antigua.

Varias de las parturientas no están de acuerdo con algunas de las rutinas de atención, porque chocan con sus paradigmas culturales-personales o porque desconocen la utilidad de las mismas. Al mismo tiempo, como en las historias de Lucía y Antonia, el parto se configura como un proceso en sí mismo doloroso y dificultoso, en el cual está totalmente justificada la intervención médica. Aceptan el tipo de atención que les brindan en base a la confianza que les inspiran los conocimientos de los profesionales y en base a la responsabilidad que como madres sienten por sus hijos. De esta forma, el parto biomédico es legitimado tanto por la aceptación de los procedimientos, como por la idea del parto como un proceso en sí mismo difícil y hasta “traumático” (Entrevista a Alma, 2010). Al mismo tiempo, reconocen formas irrespetuosas o violentas en la atención.

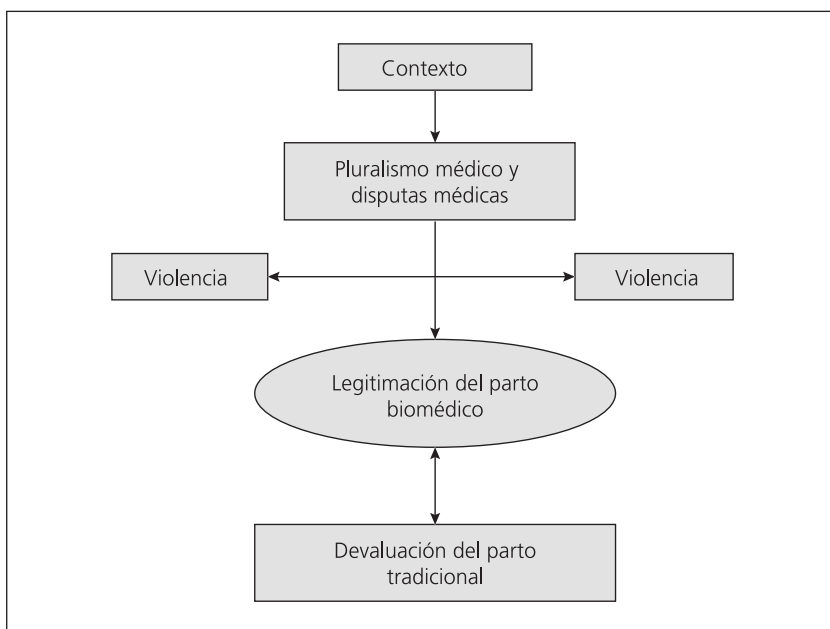
Conclusiones

Las usuarias de La Maternidad son mujeres cuyas condiciones socioeconómicas las ubican en una posición de cierta vulnerabilidad social. Durante el embarazo, eligen constantemente entre el modelo biomédico y el modelo tradicional de atención, haciendo uso simultáneo de los dos; por lo que identificamos un contexto actual de pluralismo médico. Al mismo tiempo, planteamos un escenario de disputas médicas, pues para el parto eligen el modelo biomédico que se les presenta como la mejor opción y justifican su elección a través de la devaluación del parto tradicional, legitimando el primero (ver Diagrama 6: 67). Es decir, el proceso de legitimación del parto biomédico se acompaña por un proceso de devaluación de las prácticas tradicionales, que sirve a su vez para reafirmar la elección por el parto biomédico, quedando ocultos actos de violencia.

La legitimación del modelo biomédico contribuye al ocultamiento de actos de violencia en la atención, pues las parturientas son coaccionadas a aceptar las rutinas en reconocimiento de su responsabilidad maternal y en reconocimiento a las acciones de los expertos.

Las parturientas acuden a La Maternidad por la confianza que les genera la atención de los profesionales, por la gratuidad o por la satisfacción en atenciones anteriores; tal como lo indican las historias recogidas y el informe de Veeduría (Distrito Metropolitano de Quito, 2007). Llegan a La Maternidad con imágenes de experiencias distintas de atención, con una serie de ideas preconcebidas que derivan de los discursos familiares. Durante el parto, plantean resistencias y cuestionamientos a las diferentes rutinas biomédicas. Expresan desacuerdo y malestar; de esta forma, el ambiente hospitalario se constituye en un escenario en el cual las interacciones entre obstetras y parturientas están marcadas por coerciones durante todo el proceso de atención. Los profesionales constantemente buscan atenuar las acciones de las parturientas en busca del control, del orden y la higiene.

Diagrama 6
Mapa analítico de la elección del parto



La Maternidad, institución en la que es legítimo el parto biomédico, constituye una “estrategia” que torna “efectiva las relaciones de fuerza” en las que se ejerce el poder médico, a través del “consenso” y de la “violencia” (Rabinow y Dreyfus, 2001: 247 [1983]). Decimos a través del consenso por la libre elección que las parturientas hacen de este tipo de atención, dado que resuelve sus necesidades; y por la aceptación de los protocolos durante la atención. Aceptación que está apoyada en el discurso maternalista, la confianza en los profesionales y la devaluación del parto tradicional. Y decimos a través de la violencia, por las acciones que los profesionales aplican en el cuerpo de las parturientas y que éstas cuestionan, siendo coaccionadas a aceptarlas por el bienestar de sus hijos. Es decir, están obligadas a obedecer como consecuencia de su elección, de su responsabilidad maternalista y de su condición de pacientes (enfermas). De esta forma, pretenden minimizar las posibilidades de daño hacia sus hijos, aceptando

para sí la experiencia de un parto que, en muchos casos, les resulta “traumática” (Entrevista a Alma, 2010).

La legitimación del parto biomédico a través del consenso involucra un ocultamiento de la violencia obstétrica. El alto nivel de legitimidad del parto biomédico en La Maternidad es el que lleva a la lectura sobre la colaboración y el conflicto (“consenso”-“coerción”), en donde la primera es la más importante para las usuarias en tanto madres.

El limitado espacio físico, la gran cantidad de profesionales y de usuarias provenientes de ciertos sectores socio-económicos, son características que influyen en el tipo de interacciones que se construye durante la atención. La Maternidad es un escenario que refleja una dinámica social, que reproduce los imaginarios y los discursos que sostienen la misma dinámica, marcados por formas distintas de violencia.

La existencia de una violencia cultural da soporte y legitima la violencia directa y estructural. La violencia estructural es un proceso silente que impide que los individuos y los grupos profesionales se den cuenta de su verdadero potencial [...] ni las pacientes ni los profesionales se dan cuenta de las violaciones [...] porque los dos están sometidos a la violencia estructural (Valls-Llobet, 2009: 373).

La reproducción de los ideales maternales y la poca valoración social del ejercicio maternal quedan reflejadas en el parto biomédico; pues durante la atención la aplicación de las técnicas obstétricas goza de total valoración, no así el acto corporal, vivencial, natural, de parir. De esta forma, la patologización del parto fisiológico irrespeta y desexualiza uno de los acontecimientos más íntimos y hermosos de muchas mujeres (Fernández, 1994), independientemente de su condición social, étnica o económica.

Capítulo VI

Conclusiones: El parto y el sujeto mujer-madre

Ésta es mi propuesta,
ésta es mi osadía:
que el encuentro con mi cuerpo de mujer
–tanto si el cuerpo está sano como si está enfermo–
sea un espacio de sentido,
un espacio de libertad
(Testimonio en Valls-Llobet, 2009).

A través del concepto de parto como enfermedad y su consiguiente medicalización, el modelo médico hegemónico contribuye a la reproducción ideológica de ciertas relaciones dominantes, que incluyen una reproducción del imaginario maternal, que incita a las mujeres a aceptar prácticas que les resultan coercitivas, como un acto de sacrificio por el bienestar de sus hijos. Así pues, durante la atención del parto, los profesionales y las profesionales –disciplinados en el discurso médico pragmático– pretenden “guiar las posibilidades de conducta” (Rabinow y Dreyfus, 2001 [1983]) de las parturientas, para obtener el consentimiento a las intervenciones obstétricas. “Actúan sobre el cuerpo” de las parturientas coaccionándolas a aceptar los procedimientos, minimizando sus resistencias; tal como lo evidenciamos en el parto de María, la protagonista de este trabajo.

María acudió a La Maternidad para su octavo alumbramiento. Anteriormente había tenido siete partos en su casa. Durante la atención del parto en La Maternidad, presentó dificultades para pujar (probablemente debido la posición de litotomía). Los médicos, preocupados y en cumplimiento del protocolo, decidieron practicar cesárea urgente. Antes de su traslado –ante la mirada atónita de médicos, médicas y enfermeras– María se precipitó al suelo, se puso en cuclillas y su hijo nació al instante. En este evento percibimos dos hechos. Por un lado, el parto fisiológico como un escenario en el que se produce un disciplinamiento violento de las mujeres hacia una maternidad vivida bajo parámetros exclusivamente biomédicos. Por otro lado, una disputa entre una excesiva intervención técnica: modelo biomédico; y una vivencia “natural”, no tecnicista del nacimiento: modelo tradicional. Las dos son formas de atención vigentes entre la población ecuatoriana que, como señalamos, configuran un contexto actual de pluralismo y disputas médicas.

Disciplinamiento maternal

La maternidad, con sus “etapas biológica y de reproducción social” (Chodorow, 1984), es una construcción establecida como una forma de “reconocimiento social” (Butler, 2006 [2004]) para las mujeres, cuyo disciplinamiento se da en múltiples escenarios, siendo uno de ellos el parto biomédico.

La obstetricia construye el parto fisiológico como enfermedad, admitiendo la aplicación de rutinas que anteponen un *supuesto*¹ bienestar biológico al bienestar emocional de la madre. La atención biomédica del parto fisiológico implica una “normatización”, que permite la “acción” de los profesionales; y un “control”, que permite la “eficacia” en la aplicación de las técnicas (Menéndez, 1985); con un enfoque exclusivo en el aspecto corporal patológico que convierte a la parturienta en un sujeto de intervención o paciente. De esta forma, evidenciamos un disciplinamiento violento de las parturientas hacia la maternidad, puesto que se ven obligadas a aceptar rutinas de atención estandarizadas, mecanizadas, masificadas –que

agreden su cuerpo y su subjetividad— en nombre de su responsabilidad maternal. Rutinas que no toman en cuenta su diversidad socio cultural; y que exponen su cuerpo y su intimidad a las miradas de los profesionales, a las intervenciones repetitivas de los aprendices, a la “censura de sus expresiones emocionales” Fernández (1994).

Los discursos maternales se conjugan con los discursos obstétricos para influir en la forma de experimentar y sentir el parto, para guiar las acciones de las parturientas a través del consenso y a través de la violencia. Así pues, constatamos la contradicción que Palomar (2004) señala entre los aspectos simbólicos y concretos del ejercicio maternal. Los primeros relacionados con imaginarios de amor y de entrega gustosa de las mujeres a la maternidad. Los segundos relacionados con vivencias violentas o traumáticas del parto.

Dado que el alumbramiento es un proceso natural, su desarrollo saludable se ve dificultado por la normatización y el control corporal implicados en los protocolos hospitalarios, que generan en las parturientas un estado de estrés tal que impide el desarrollo natural de los factores fisiológicos. Por ejemplo, la producción de hormonas que facilitan el proceso es interrumpida por los factores estresantes externos, haciendo necesaria la medicalización u otras intervenciones. Por tanto, las rutinas de atención se configuran en un factor que en lugar de facilitar el parto lo dificultan, predisponiendo a las mujeres a sufrir patologías (Fernández, 1994).

Violencia en la atención del parto en La Maternidad

Las usuarias de La Maternidad identifican la atención hospitalaria como su mejor opción. Aunque plantean críticas, en sus relatos reafirman su decisión por el parto hospitalario. Idealmente preferirían el parto en casa (tradicional); sin embargo, la idea de lo técnico, lo moderno, el miedo a las complicaciones y las historias y recomendaciones de las familiares condicionan su decisión. En sus historias, devalúan el parto tradicional y se convencen a sí mismas que el parto biomédico (con los inconvenientes que presenta) es su mejor alternativa. Por tanto, evidenciamos una disputa entre los dos modelos de atención del parto: el biomédico y el tradicional.

Al mismo tiempo, advertimos una pugna por el control del propio cuerpo, que está ligada a los discursos y experiencias de las familiares, especialmente de la madre (en contextos socioeconómicos específicos), a los saberes expertos (legitimados desde el estado) y a los discursos maternalistas. La opción por el modelo biomédico funciona como un mecanismo de “subordinación” y “resistencia” (García, 1984), porque durante la atención aceptan y rechazan los protocolos, los cuestionan; pero finalmente se acoplan, quedando ocultas formas de violencia.

La violencia obstétrica la evidenciamos por el incumplimiento de las recomendaciones de la OMS (1985) y del MSP (2008): cuidados emocionales, trato y valoración hacia las parturientas y no patologización; las mismas que se han puesto en práctica en otros centros de salud públicos.

Cuidados emocionales

Las parturientas buscan el apoyo emocional de los profesionales a través de la colaboración y la aceptación de los procedimientos. Aunque les molesta la falta de calidez, la dificultad para ver prontamente a sus hijos y la prohibición del acompañamiento familiar, aceptan estas condiciones como parte de la lógica institucional.

Trato y valoración hacia las parturientas

En varias ocasiones, las inquietudes de las mujeres no son adecuadamente respondidas. Tampoco existe una adecuada explicación de los procedimientos, ni consideración por las prácticas culturales u otras decisiones. Las usuarias muestran resistencia, pero son persuadidas por los conocimientos de los expertos.

No patologización

Las parturientas desconocen la utilidad de la venoclisís (suero fisiológico), la episiotomía y la rasura desaconsejadas por la OMS (1985) y el MSP

(2008). Algunas se niegan a estas prácticas, así como al tacto vaginal. Las recomendaciones de sus familiares, las alusiones que los médicos hacen sobre la colaboración relacionada con el bienestar de su hijo o hija y las coacciones aplicadas por el personal, disminuyen la resistencia de las parturientas que sacrifican su integridad física y emocional por el bienestar de los neonatos. De esta forma, se conjugan los discursos maternos con los discursos científicos, creando un sujeto-mujer-parturienta acorde al escenario hospitalario.

Al respecto, queremos mencionar a Evelyn, una médica embarazada que aprende de los libros los riesgos que conlleva todo parto. En su trabajo, proporciona algunas recomendaciones a las parturientas y demanda su colaboración. Aplica los criterios técnicos aprendidos en los textos científicos, en donde los aspectos emocionales son minimizados. Al contrario, su práctica médica le ha infundido temores con respecto a su propio parto. Por esta razón acude a charlas en donde aprende que el dolor de dar a luz puede ser controlado y el trauma que provoca atenuado. Evelyn encarna las posiciones de los dos actores principales del parto biomédico: el obstetra y la parturienta. Como obstetra, experta, está autorizada a controlar y ordenar. Como mujer-parturienta queda expuesta, vulnerable a la violencia de la cual rehúye.

En la atención del parto, y como resultado del cumplimiento normativo biomédico, los profesionales ejercen violencia simbólica y material en las usuarias, puesto que desapruueban prácticas tradicionales (como la ingesta de infusiones) y censuran sus necesidades corporales y expresiones emocionales; coaccionan a las mujeres a cumplir con las rutinas hospitalarias que, aunque pretenden brindar una atención de calidad (HGOIA, 2008), ocultan actos de violencia obstétrica. Por otro lado, las mujeres disciplinadas en una imagen de la maternidad sacrificada, asexuada y sufrida (Cuví y Martínez, 2001), aceptan las rutinas por el bienestar de sus hijos, aunque muestran ciertas resistencias.

En La Maternidad, la atención del parto reproduce las “características del modelo médico” señaladas por Menéndez (1985: 2), que son: 1) “Enfoque individualista”: la parturienta ingresa sin la compañía de un familiar, eliminando la red de relaciones sociales. 2) “Biologismo, pragmatismo”: la

atención está centrada en la región corporal, obviando los aspectos emocionales de las parturientas. 3) “Participacionismo subordinado”: se entabla una relación desigual en la que los profesionales tienen un conocimiento legitimado socialmente.

La legitimación del modelo biomédico se fundamenta en un “consenso” espontáneo de las mujeres que reconocen en los profesionales a los poseedores de los conocimientos técnico-científicos. Al mismo tiempo, ocurre un proceso de coerción que se fundamentan en la técnica y en los discursos maternalistas, que buscan atenuar las resistencias y los cuestionamientos a las rutinas obstétricas. Los discursos maternales y la legitimación del parto biomédico influyen en la forma de experimentar y sentir el parto, así como en las acciones que las mujeres están dispuestas a aceptar durante la atención.

Pluralismo y disputas médicas

En la actualidad, existen sociedades en las que conviven formas distintas de medicina y otras en las que el modelo médico occidental prevalece. En estas últimas, y desde hace algunos años, se ha producido un incremento considerable del uso de tratamientos alternativos en respuesta a la crisis del “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1985), que no alcanza a resolver muchos de los problemas de salud, producto de los cambios sociales y culturales. Probablemente, en esta corriente podamos incluir la crítica que se ha hecho a la obstetricia biomédica desde movimientos que reclaman por un parto humanizado: natural, no tecnicista (Schwartz, 2007).

Según Panadero (2006a: 3), el auge de las medicinas alternativas en los países industrializados es parte de lo que se conoce como postmodernismo, corriente que admite pluralidad y diversidad en distintos aspectos sociales. Una de las “corrientes postmodernas pretende recuperar, en lo referente a la salud, los rasgos primordiales de las culturas tradicionales”. Y al parecer, en algunos países como Estados Unidos, este proceso social está nutrido por los aportes culturales de los emigrantes suramericanos

(Gol-Freixa 2003, citado en Panadero, 2006 a: 10). Las particularidades sociales e históricas del Ecuador también han permitido la conservación de prácticas tradicionales en la atención del parto, por lo que evidenciamos un contexto actual de pluralismo médico, constatado en las historias de las parturientas que acuden a La Maternidad, para quienes el parto tradicional es una práctica totalmente válida, relacionada especialmente con el contexto rural y la vida comunitaria.

El parto de María, mencionado al inicio de este capítulo, nos motiva a cuestionar la validez de una exagerada intervención técnica y medicalizada. Igualmente, el parto de Jhoselyn, cuya hija nació con hipoxia (involucrando posibles consecuencias neurológicas) nos sirve para reflexionar sobre la relación que se hace entre el aumento de la atención hospitalaria del parto y la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil (MSP, 2010). Al respecto, Fernández (1996: 108) cita a Wagner, médico representante de la OMS, quien señala:

Durante los últimos veinte años la mortalidad perinatal ha disminuido muchísimo, situación que se atribuye a la atención hospitalaria del parto. Sin embargo, no hay prueba científica de tal argumento. Este mejoramiento de la salud se debe más bien, a una mejor nutrición, una mayor salud en la mujer, mejores condiciones de vivienda y a la planificación familiar. La explicación está en lo que hacen las mujeres y no los médicos.

Legitimación del modelo biomédico y devaluación del modelo tradicional

Menéndez (1985: 4) anota que en siglos pasados, la legitimación del modelo biomédico se dio con el desarrollo de las sociedades industriales; proceso que implicó, por un lado, el surgimiento de las primeras urbes con sus necesidades de saneamiento. Por otro lado, implicó la aparición de formas de trabajo que involucraban riesgos de accidentes laborales, cuya capacidad resolutoria correspondía a los nacientes métodos quirúrgicos. En este contexto histórico-social, la acción curativo-científica de los médicos fue vista como un “agente fundamental” que ayudó a disminuir la morbimortalidad. La

población de ese entonces percibió en la medicina científica una forma de curación “rápida” y “eficaz”, la “mejor opción ofrecida por el sistema”.

En el Ecuador, el desarrollo de la biomedicina no estuvo vinculado con la revolución industrial, pero sí al desarrollo urbano a través del higienismo, tal como señala Kingman (2006). Aunque Clark (2001) señala que esta forma de cuidado de la salud se instaló en el Ecuador en las primeras décadas del siglo XX, hemos constatado en los relatos de las parturientas que la práctica clínica convivió a través de los años con otras formas de atender la salud, configurando un contexto actual de pluralismo médico. Así pues, varias de las usuarias de La Maternidad provienen de distintas zonas rurales del país o urbano marginales de Quito. Las entrevistadas que conocen a profundidad las prácticas tradicionales de atención del parto normal o fisiológico han aprendido estos conocimientos en contextos de vida comunitaria, en donde gozaban de una amplia “red social de apoyo o cuidados” (Panadero, 2006 a: 4). Al respecto recordamos la entrevista con Semira:

Me acuerdo que mi mami colgó una sogá allí en la viga. Y allí a mi hermana le hizo tener, y le hizo tomar agua de melloco con aceite de almendras, y ella pujaba y el bebé se le bajó rapidito [...] Cuando dan a luz están todos fuera. [Dentro de la casa] con la señora [parturienta] están la comadrona y el esposo.

El parto tradicional (al que también nos referimos como parto en casa) es una práctica totalmente válida para algunas de las parturientas, independientemente de su auto-identificación étnica. Durante el embarazo, eligen entre éste y el modelo biomédico dependiendo de su percepción de complejidad biológica. Para el momento del parto, prefieren el segundo, más vinculado con lo técnico.

Para las mujeres indígenas, la migración a la ciudad por razones familiares o de trabajo les ha significado una ruptura con la red social de cuidados o vida comunitaria, en donde contaban con la presencia de la partera y otros agentes para la atención del parto. Su nueva realidad les empuja a integrarse a otra lógica de atención en salud. En sus relatos, el parto hospitalario aparece relacionado con la eficacia, con la mejor opción, con lo

rápido, con lo moderno, con la ciudad; frente a las prácticas tradicionales consideradas de más riesgo (menos eficaces) lentas, antiguas, y vinculadas con lo rural (ver Tabla 3: 56).

Las parturientas como individuos “autónomos” (Canclini, 1984) eligen y “se apropian de forma preferencial” del parto biomédico. “Consumen” este tipo de atención como un “mecanismo de adhesión a la cultura hegemónica”, dado que encuentran en este modelo cierta satisfacción a sus necesidades, marcadas por una ideología maternalista; de este modo, contribuyen a la reproducción del orden impuesto. En este marco, coinciden las percepciones que Menéndez (1985) señala sobre la legitimación de la biomedicina en las nacientes sociedades del siglo XVIII (considerando que son contextos sociales y temporales distintos): en ciertos sectores del Ecuador actual, el parto biomédico es visto como “rápido”, como una atención experta (“eficaz”), como la “mejor opción”.

Las políticas frente a las formas de parto

Como mencionamos al inicio de esta investigación, las políticas del MSP (2008) tienen como objetivo primordial aumentar la atención institucional del parto, a través de la aplicación del plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Para Hidalgo (2011), la mencionada estrategia parte de una noción de vulnerabilidad social, que comprende a la población indígena y afrodescendiente. A este concepto integramos las nociones de vulnerabilidad que plantea Butler (2003), para completar tres dimensiones: la primera marcada por el género y las condiciones étnicas y económicas (vulnerabilidad social); la segunda relacionada con el riesgo patológico (vulnerabilidad biológica / muerte); la tercera, referida a la condición humana de estar expuesto a la violencia (vulnerabilidad coercitiva). Desde nuestro punto de vista, las acciones políticas del estado pretenden abarcar estas tres dimensiones mediante el enfoque intercultural o parto tradicional, asociado a la idea de parto humanizado, como una forma de resolver el problema de la elevada mortalidad materna. Pero, al mismo tiempo, desde el estado se plantea

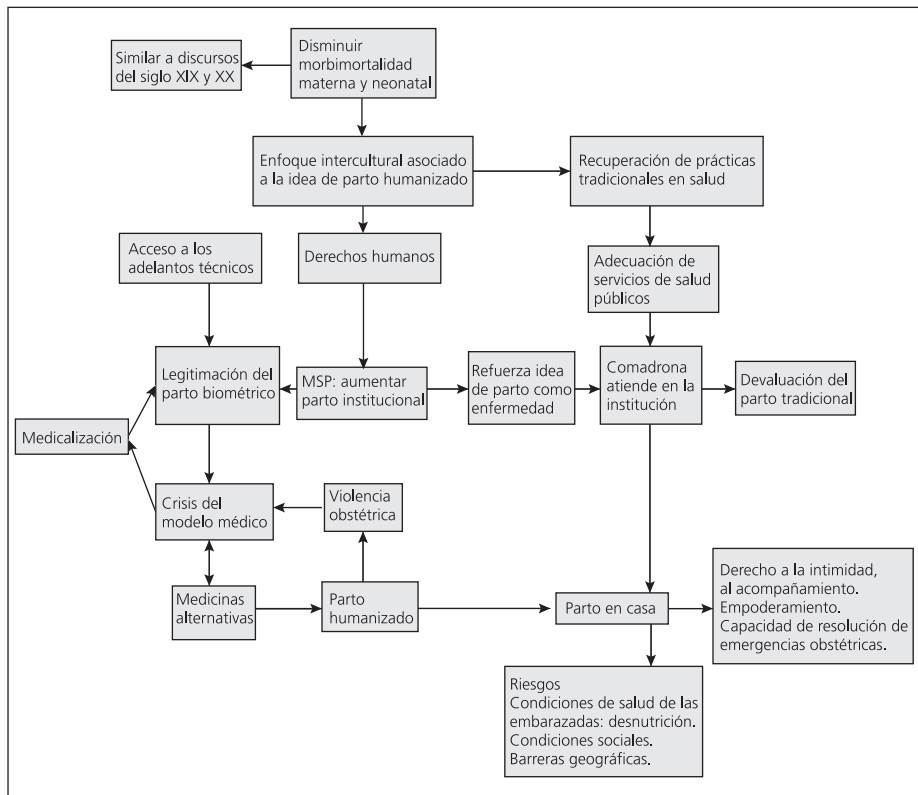
la recuperación de las prácticas tradicionales en salud, para lo cual se han adecuado los servicios de salud públicos e integrado a las comadronas a la lógica institucional. Sin embargo, notamos que estas acciones refuerzan la idea del parto como un proceso patológico y medicalizado, puesto que es llevado al ámbito hospitalario; a la vez que devalúan las prácticas tradicionales de las parteras integradas al sistema de salud dominante, a través de las capacitaciones que brinda el Ministerio de Salud Pública (2011), caracterizadas por una imposición de conocimientos más que por un diálogo intercultural.

Dependiendo del contexto social, la devaluación del parto tradicional implica una pérdida de algunas prácticas médicas tradicionales; pero, también implica un cambio en el sentido de las mismas. Como ejemplo, queremos mencionar a la *visita domiciliaria*, que la vemos como un signo de responsabilidad social de la maternidad, y que es característica del parto tradicional y del hogar como escenario del parto fisiológico (Ver diagrama 7). Al respecto, desde el MSP, se han establecido las redes CONE (cuidados obstétricos y neonatales esenciales), cuyo primer nivel ambulatorio pretende que el *agente de salud* visite el domicilio de la parturienta. En varios casos (como entre las comadronas de Cayambe), el papel del *agente de salud* corresponde a las *parteras*, que son las encargadas de vincular a las mujeres embarazadas con el segundo y el tercer nivel, correspondientes al hospital básico y al hospital de especialidades, respectivamente (RELACA-HUPAN, 2011). Es decir, la *partera* es integrada en un sistema de salud en proceso de legitimación, pero mediante un cambio del papel que, en principio, le corresponde. Dentro del sistema biomédico, su papel es el de un *agente de salud* que conecta a la población con el *profesional-experto* de la biomedicina, perdiendo el protagonismo del que goza en el modelo tradicional (en algunos casos, las parteras convertidas en agentes de salud no están totalmente integradas al sistema, ya que no cuentan con una retribución económica específica, siendo este es un tema pendiente de análisis.) En cambio, el recurso de *visita domiciliaria* tiende a omitirse en la ciudad, dada su difícil aplicación; aunque en La Maternidad, como en los subcentros del MSP, esta práctica la realizan algunos profesionales (enfermeras u obstetrices y estudiantes) o *agentes de salud*.

En nuestra opinión, a nivel de las políticas de estado, así como en los relatos de las parturientas, se produce una devaluación de las prácticas tradicionales y la pérdida de recursos en salud, que en otros contextos se están recuperando a través del cuestionamiento al parto biomédico y de las corrientes del parto humanizado, que buscan recuperar el hogar como escenario principal del nacimiento. Los conocimientos de las parteras son devaluados en el ámbito institucional biomédico, tanto en la relación médico-paciente, como en la relación médico-partera. En el primer caso, los médicos censuran las prácticas tradicionales en salud referidas por las parturientas. En el segundo caso, las parteras, como agentes de salud, son integradas en un sistema que no acepta discursos distintos del médico pragmático. No existe diálogo entre saberes, porque tal diálogo solo es posible mediante la construcción de un tercer sistema, que abarque al biomédico y al tradicional; que tome lo positivo de uno y de otro. Este último, quizá consiste en el enfoque del parto humanizado, que toma en cuenta los aspectos sociales, emocionales y biológicos de las parturientas.

El enfoque del parto humanizado, relacionado con los derechos humanos de las mujeres, sin distinción de etnia o clase, plantea la idea de atención integral (física y emocional) y la posibilidad de intervención técnica en caso de requerirlo. Este enfoque permite brindar un tipo de atención diferenciada, a través del cuestionamiento al modelo biomédico. Se caracteriza por apelar al respeto a la intimidad de la parturienta, por el derecho al acompañamiento de un familiar, por el trato cálido, el acceso a la atención técnica en las emergencias obstétricas y por no patologizar o medicalizar el parto eutócico (Fernández, 1994). En este contexto, situamos el parto tradicional en un tercer nivel, frente al parto humanizado (segundo nivel) y al parto biomédico (primer nivel), para recalcar que el segundo nivel integra aspectos del modelo tradicional y del modelo biomédico; este último legitimado por el estado y gran parte de la sociedad, a través de los adelantos técnicos y las posibilidades que brinda para el cuidado de la salud.

Diagrama 7
Las políticas frente a las formas de parto



Fuente: Trabajo de campo, noviembre, 2010 a febrero, 2011
RELACAHUPAN, 2011

Notas

- 1 Queremos distinguir entre la idea del parto eutócico como un proceso mecánico, cuyo bienestar biológico supone la ausencia de enfermedad; de la idea del parto eutócico como un proceso integral, cuyo bienestar biológico está en relación con el bienestar emocional; que para Fernández (1994) incluye la noción de placer.

Bibliografía

- Asamblea Nacional (2008). “Sección segunda Salud”. En *Constitución Política de la República del Ecuador*. [Versión electrónica]
- Bourdieu, Pierre (2000) [1987]. “Espacio social y poder simbólico”. En *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- (2000) [1987]. “El campo intelectual: un mundo aparte”. En *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Butler, Judith (2003). “Violencia, luto y política”. *Íconos: revista de Ciencias Sociales* 17: 82.
- (2006) [2004]. “Introducción”. En *Deshacer el Género*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- (2006) [2004]. “Al lado de uno mismo: en los límites de la autonomía sexual”. En *Deshacer el Género*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Clark, Kim (2001). “Género, raza y nación: la protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945)”. En *Antología Género*. Gioconda Herrera (Comp.). FLACSO-Ecuador. Junta de Andalucía.
- Chodorow, Nancy (1984) [1978]. *El ejercicio de la maternidad: psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa.
- Cuvi, María y Alexandra Martínez (2001) “El muro interior”. En *Antología Género*. Gioconda Herrera (Comp.). FLACSO – Ecuador. Junta de Andalucía.

- Defossez, Anne-Claire, Dedier Fassin y Mara Viveros (1992). *Mujeres de los Andes: condiciones de vida y salud*. Bogotá, Colombia: IFEA
- Distrito Metropolitano de Quito (2007). *Veeduría para el cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora*. [Versión electrónica]
- Douglas, Mary (2007) [1966]. *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- El Comercio* (1999) “En el país se abusa de la práctica de la cesárea”. En *Explored. Archivo digital de noticias*. Visitado el 06 de septiembre de 2011 en www.explored.com.ec/noticias-ecuador/en-el-pais-se-abusa-de-la-practica-de-la-cesarea-8768-8768.html.
- Fernández, Isabel (1994). *La revolución del nacimiento. En busca del un parto más humano y menos traumático*. Madrid España: EDAF.
- Ferré, Rosario (1992) “Frankenstein: una versión política del mito de la maternidad”. *Debate feminista* Vol.6. Visitado el 06 de julio de 2010 en www.debatefeminista.com/ver_articulo.php?idARTICLE=1042&id=39.
- Foucault, Michel (2009) [1975]. “El Panoptismo” En *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. España: Siglo XXI Editores.
- (1989) [1976] “Método”. En *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.
- Fuller, Norma (1995). “En torno a la polaridad marianismo y machismo”. En *Género e identidad*. Luz Gabriela Arango, Magdalena León y Mara Viveros, (Comp.) Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- García, Canclini Néstor (1984): “Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de organización popular”. *Nueva Sociedad* No 71: 69-78. Visitado el 10 de junio de 2011. Disponible en www.nuso.org/upload/articulos/1156_1.pdf
- García, González María de Jesús (2002) *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México. Editorial El Progreso. Visitado el 13 de septiembre de 2011. En Google books
- Hidalgo, Patricia (2011). “Parto Humanizado”. Ponencia presentada en el V Congreso de LASA-Sección Ecuatorianistas en Quito, Ecuador.
- HGOIA (Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora) (2008) [2001]. “Historia de La Maternidad”. *Revista Médico Científica Del HGOIA*.

- Visitado el 15 de enero de 2011 en www.hgoia.med.ec/index.php?Itemid=235&option=com_content
- (2010). *Nuestro Hospital en cifras*. Visitado el 15 de 01 de 2011 en http://www.hgoia.med.ec/index.php?Itemid=229&option=com_content
- Huamán, Julio (2004). *Historia de la Obstetricia. Ensayo sobre algunas ideas de la Obstetricia*. Facultad de Medicina Humana de la UNCP. Visitado el 27 de diciembre de 2009 en www.hospitalelcarmen.gob.pe/
- Kingman, Eduardo (2006). “Quito en el siglo XIX”. En *La ciudad y los otros: Quito 1860 – 1940. Higienismo, ornato y policía*. Quito: FLACSO-Sede Ecuador.
- Landázuri, Mariana (2004) *Juana Miranda: fundadora de la maternidad de Quito*. Banco Central del Ecuador.
- Lavrin, Asunción (2005). “El control de la reproducción: escrutinio de las relaciones entre los sexos”. En *Mujeres feministas y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940*. Chile: Ediciones de la dirección de Bibliotecas.
- Malvino, Eduardo (2008). Historia de la sepsis puerperal. En obstetricia critica. Historia [Versión electrónica]
- Mannarelli, María Emma. (1999) “La experiencia maternal”. En *Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*. Lima: Centro de la mujer peruana Flora Tristán.
- Manocchio, Circolo Culturale (2002). *La sabiduría y arte de las parteras*. Danilo De Marco (Comp.). Serie Il gallo forcello.
- Marañón, Gregorio (1951) [1930]. “¿Es posible favorecer el auge de la diferenciación sexual?”. En *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Javier Morata (Ed.) Madrid: Ediciones Arcos.
- Menéndez, Eduardo (1985). “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud”. En *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33: 3-34, Rosario. Visitado el 14 de mayo de 2011 en www.ms.gba.gov.ar/Residencias/bibliografia/BiblioComun/Modelo_Hegemonico.pdf

- Molyneux, Maxine (2003) “Género y ciudadanía en América Latina: aspectos históricos y contemporáneos”. En *Movimientos de mujeres en América Latina. Estudio teórico comparado*. Madrid: Cátedra.
- MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador) (2008a). *Guía técnica para la atención del parto vertical culturalmente adecuado*. [Versión electrónica]
- (2008b). *Componente Normativo Materno*. Quito: Consejo Nacional de Salud.
- (2009) *Hacia la construcción de un modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo – Ecuador*. Fondo de Población de Naciones Unidas.
- (2010). *Por una maternidad y nacimientos seguros. Acciones realizadas para reducir la muerte materna en Ecuador*. Ficha técnica 2010. UNFPA LAC. FCI. AECID.
- (2011). “lactancia materna y atención del parto”. Ponencia presentada en el taller de capacitación a parteras. En el Hospital de Cayambe, Ecuador.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1985). “Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento”. *Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto*. Visita el 05 de junio de 2011 en www.nacerencasa.org/oms-fortaleza.pdf
- Páez, Carolina (2008). Plan de tesis. Maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo. Quito: FLACSO.
- Palomar, Cristina. (2004) “Malas madres la construcción social de la maternidad”. *Debate feminista* N° 30 [Versión electrónica]
- Panadero, Matilde (2006 a). *Una visión de la postmodernidad: las medicinas alternativas y el cambio cultural*. Universidad de Sevilla, España [Versión electrónica]
- (2006 b). “Del pluralismo médico a la profesionalización de la medicina”. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*. N° 5: 32. Universidad de Sevilla, España. Visita el 01 de junio de 2011 en dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2151089...
- Platt, Tristán (2006) “El feto agresivo: parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes”. En *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*, Gerardo Fernández Juárez (Comp.). Quito: Abya-Yala.

- Ravazzola, Crisrina (1995). “Dossier: la maternidad. La maternidad como coartada.” En *Feminaria* Año VIII. N° 15: 11-13. Visita el 25 de septiembre de 2010 en www.feminaria.com.ar/revista/revistas/015/015.pdf
- Rabinow, Paul, Hubert Dreyfus (2001) [1983]. “Post-scriptum. El sujeto y el poder.”. En *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- RELACAHUPAN (Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto), (2011). “Parto humanizado”. Ponencia presentada en el II Encuentro de Maternidades de corta estancia, en Quito, Ecuador.
- República Bolivariana de Venezuela (2007). “Capítulo III: definición y formas de violencia contra las mujeres”. En *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. [Versión electrónica].
- (2007). “Capítulo VI: de los delitos”. En *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. [Versión electrónica].
- Rohden, Fabiola (2007). “Medicina, estado y reproducción en el Brasil de inicios del siglo XX”. Íconos. Revista de Ciencias Sociales N°. 28.
- Rosas, Claudia (2004). Madre sólo hay una. Ilustración, maternidad y medicina en el Perú del siglo XVIII. *Anuario de estudios americanos*. N°1: 103-138. Visita 02 de diciembre de 2010 en www.estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/.../148
- Sánchez, Ángeles, Sara Espinoza, Claudia Ezcurdia y Edna Torres (2004) “Nuevas maternidades o la deconstrucción de la maternidad en México”. *Debate Feminista* N° 30 [Versión electrónica]
- Scott, Joan (1997) [1985]. “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En *Género, Conceptos básicos*. Programa de Estudios de Género, Pontificia Universidad Católica del Perú
- Scheper-Hughes, Nancy; 1997 [1992] “Delirio de fome”. En: *La muerte sin llanto*. Barcelona. Editorial Ariel.
- Schwarcz, Ricardo (2003). “El parto normal”. En *Obstetricia*. Buenos Aires – Argentina: El Ateneo.
- Schwarcz, Patricia (2009). *La maternidad y el maternazgo en el cuerpo de mujeres jóvenes argentinas*. Instituto de investigaciones Gino Germani – Universidad de Buenos Aires [Versión electrónica]

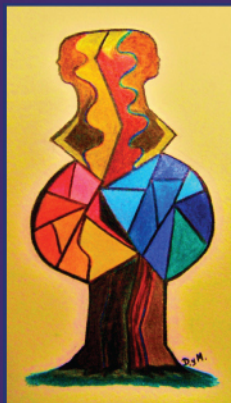
- Snitow, Ann (2004) “Maternidad: la recuperación de los textos demoníacos”. *Debate Feminista* N° 29. Visita el 06-07-2010 en http://www.debatefeminista.com/ver_articulo.php?idARTICLE=922&cid=13.
- SISSE (Sistema integrado de indicadores sociales del Ecuador) (2006). Visita el 11 de diciembre de 2010 en www.siise.gov.ec/ISiise45.htm
- Sowell, David (2001) *Miguel Perdomo Neira: Healing, Culture, and Power in the Nineteenth Century Andes*. United States of America: Scholarly Resources Inc.
- Vain, Leonor (1997). “Dossier: las nuevas tecnologías reproductivas”. En *Feminaria*. N° 19: 39. Visita el 10 de noviembre de 2010 www.feminaria.com.ar/revista/index.asp.
- Valls-Llobet (2009) *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra (Grupo Anaya).
- Weeks, Jeffrey (1998) [1986] “La invención de la sexualidad”. En *Sexualidad*. México: Ediciones Paidós.
- Zárate, María Soledad (2008). “Obstetricia universitaria, siglo XIX: formalización y género”. En *Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*. Chile: C y C impresores.

Entrevistas y observaciones

- Entrevista a Alma, 2010
- Entrevista a Ruth, 2010
- Entrevista a Jhoselyn, 2010
- Entrevista a Gissela, 2010
- Entrevista a Yolanda, 2010
- Entrevista a Ximena, 2010
- Entrevista Miriam, 2010
- Entrevista a Vanesa, 2010
- Entrevista a Martha, 2010
- Entrevista Jhoana, 2011
- Entrevista a Lucia, 2011
- Entrevista a Semira, 2011
- Entrevista a Antonia, 2011

Entrevista a IE, 2011
Entrevista a IA, 2011
Entrevista a IC, 2011
Entrevista a ID, 2011
Entrevista a IB 2011
Entrevista a un auxiliar 2011
Entrevista a Alma, 2010
Entrevista a Ruth, 2010
Entrevista a Jhoselyn, 2010
Entrevista a Gissela, 2010
Entrevista a Yolanda, 2010
Entrevista a Ximena, 2010
Entrevista Miriam, 2010
Entrevista a Vanesa, 2010
Entrevista a Martha, 2010
Entrevista Jhoana, 2011
Entrevista a Lucia, 2011
Entrevista a Semira, 2011
Entrevista a Antonia, 2011
Entrevista a IE, 2011
Entrevista a IA, 2011
Entrevista a IC, 2011
Entrevista a ID, 2011
Entrevista a IB 2011
Entrevista a un auxiliar 2011

Observación 1, 2010
Observación 4, 2010
Observación 2, 2011
Observación 3, 2011
Observación 10, 2011



Esta investigación fue realizada en un hospital público de Quito, anteriormente conocido como Maternidad Isidro Ayora. En el análisis de la información recogida evidenciamos dos aspectos: el primero se refiere al parto como un evento social, colmado de imaginarios de amor maternal y familiar. El segundo se refiere al parto como un evento riesgoso, en el cual los discursos biomédicos se conjugan con los discursos maternalistas, para persuadir y coaccionar a las parturientas a aceptar protocolos terapéuticos que ellas mismas critican.

Aunque las usuarias de la Maternidad conocen prácticas obstétricas tradicionales y hacen uso de la medicina informal durante el embarazo, para el momento del parto eligen la biomedicina. Así pues, concluimos que la atención del parto en Ecuador está inmersa en un contexto de pluralismo médico, puesto que existen prácticas obstétricas diversas. Al mismo tiempo, el parto biomédico está en disputa con el parto tradicional; ya que el primero está legitimado a nivel institucional y en el discurso estatal, no así en ciertos sectores de la población. Las parturientas eligen entre uno y otro modelo según criterios de complejidad y eficacia que, en última instancia, sirven para legitimar el parto biomédico y devaluar el parto tradicional.