

Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes

Ana María Goetschel, Gioconda Herrera y Mercedes Prieto, coordinadoras

© 2020 FLACSO Ecuador
Mayo de 2020

Cuidado de la edición: Editorial FLACSO Ecuador

ISBN FLACSO: 978-9978-67-531-1 (pdf)

ISBN Abya-Yala: 978-9942-09-686-9 (pdf)

doi: <https://doi.org/10.46546/20201savia>

FLACSO Ecuador

La Pradera E7-174 y Diego de Almagro, Quito-Ecuador

Telf.: (593-2) 294 6800 Fax: (593-2) 294 6803

www.flacso.edu.ec

Ediciones Abya-Yala

Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson, bloque A UPS,

Quito-Ecuador

Telf.: (593-2) 396 2800 Fax: (593-2) 250 6267

editorial@abyayala.org.ec

www.abyayala.org

Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador : disputas
y cuentas pendientes / coordinado por Ana María Goetschel,
Gioconda Herrera y Mercedes Prieto. Quito : FLACSO Ecuador :
Abya-Yala, 2020

xvi, 306 páginas : ilustraciones, figuras, gráficos, mapas, tablas

Incluye bibliografía

ISBN (FLACSO): 9789978675311 (pdf)

ISBN (Abya-Yala): 9789942096869 (pdf)

DERECHOS DE LA MUJER ; DERECHOS REPRODUCTIVOS; ABORTO ; POLÍTICA SOCIAL ; CLASES SOCIALES; GÉNERO ; ETNOGRAFÍA ; ADOLESCENCIA ; ECUADOR.
I. GOETSCHER, ANA MARÍA, COORDINADORA II.
HERRERA, GIOCONDA, COORDINADORA III. PRIETO,
MERCEDES, COORDINADORA

342.0878 - CDD

Índice de contenidos

Agradecimientos	VI
Lista de siglas y acrónimos.	VII
Introducción. Apuntes sobre la disputa por los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador	1
<i>Ana María Goetschel y Gioconda Herrera</i>	

PARTE 1

DERECHOS SEXUALES, DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Entre discursos e imaginarios: los derechos sexuales y reproductivos en el debate de la Asamblea Nacional Constituyente de 1998	22
<i>Lola Valladares</i>	
En torno al aborto: cuerpos y sujetos de la moral político-religiosa	36
<i>Viviana Maldonado</i>	
Políticas de educación en sexualidad entre 1998-2017: sujetos y contextos en el caso ecuatoriano	62
<i>Diego Paz</i>	

PARTE 2
EL ABORTO

Rutas del aborto en Quito: política del cuerpo y clase social	94
<i>Cristina Rosero Quelal</i>	
Las trayectorias de ellas, de nosotras: el biopoder en la sala de legrados	121
<i>María Rosa Cevallos</i>	

PARTE 3
MATERNIDADES EN DISPUTA

Voces y prácticas adolescentes sobre el embarazo	147
<i>Soledad Varea</i>	
Maternidad comunitaria: ¿alternativa para el buen vivir?	173
<i>Ma. Patricia Baeza Cabezas</i>	
Lucha por significados entre parteras, mujeres indígenas y profesionales de la salud	192
<i>Paulina Quisaguano Mora</i>	

PARTE 4
**VIOLENCIA SEXUAL, DERECHOS SEXUALES Y
DERECHOS REPRODUCTIVOS**

“Hasta que cambies”: disciplina y castigo en las prácticas de “deshomosexualización” en los centros de rehabilitación en Ecuador . .	223
<i>Annie Wilkinson</i>	
Los casos de incesto: violencia y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes	252
<i>María Fernanda Porras</i>	
Caminos y huellas de las maternidades y sexualidades: hacia una reflexión de la etnografía del hacer	268
<i>Mercedes Prieto</i>	
Autoras y autor	289

Ilustraciones

Figuras

1. “Lugar del parto vertical” en el Hospital San Luis de Otavalo	205
2. Casa Materna del Hospital San Luis de Otavalo	207

Gráficos

1. Tasa de embarazo en adolescentes de entre 10 y 14 años	84
2. Tasa de embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años	85

Mapas

1. Trayecto de las parturientas	279
2. El trayecto del aborto en curso	280

Tabla

1. Políticas, planes y programas de educación sexual Ecuador 1998-2017	71
---	----

Lista de siglas y acrónimos

AA	Alcohólicos Anónimos
AMEU	Aspiración manual endouterina
ANC	Asamblea Nacional Constituyente
APROFE	Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEE	Conferencia Episcopal Ecuatoriana
CEMOPLAF	Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar
CEPAM	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable
CLADEM	Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CNII	Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional
CNNA	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia
CONAMU	Consejo Nacional de la Mujer
CONADE	Consejo Nacional de Desarrollo
CUMIENE	Cuerpo de ministros e Iglesias Evangélicas no Ecuménicas del Ecuador
COIP	Código Orgánico Integral Penal
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
ENIPLA	Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes
FCI	Family Care International

FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FMSIDA	Fondo Mundial para la Erradicación del Sida/VIH, la Malaria y la Tuberculosis
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
HGOIA	Hospital Ginecológico Isidro Ayora
HSLO	Hospital San Luis de Otavalo
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
MSP	Ministerio de Salud Pública
LGBTI	Lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales
LMGYAI	Ley de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
NA	Narcóticos Anónimos
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAE	Pastillas de anticoncepción de emergencia
PCA	Parto Culturalmente Adecuado
PLANESA	Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor
PNBV	Plan Nacional del Buen Vivir
PRE	Partido Roldosista Ecuatoriano
PRONESA	Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor
RSMLAC	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SENRES	Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UCE	Universidad Central del Ecuador
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

Lucha por significados entre parteras, mujeres indígenas y profesionales de la salud

Paulina Quisaguano Mora

El PCA como política pública atraviesa el cuerpo de las mujeres indígenas y determina la reconfiguración de prácticas culturales junto a la relación institucionalizada entre médico y paciente. En este artículo analizo las prácticas y discursos sobre la implementación del parto vertical en el hospital de Otavalo, para entender la incidencia de los derechos sexuales reproductivos de las indígenas en un espacio en el que no están acostumbradas a parir.¹ Para el Estado, el PCA resulta importante como política pública, pues garantiza la reducción de la muerte materno infantil en las poblaciones indígenas.

El PCA es un proceso que se construyó con varias actoras y actores desde la organización civil y los representantes de la institucionalidad del Estado. Si bien no existían registros escritos unificados sobre el proceso de construcción del parto vertical en Otavalo, gracias a los testimonios recogidos logré identificar los momentos coyunturales, y argumentar que Otavalo constituye un referente de las relaciones de poder entre la institucionalidad del Estado y las diferentes organizaciones de la sociedad civil. En el inicio del proceso, la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, a través de Salud Intercultural, durante los años 2004 y 2005, apoyó con las capacitaciones en las organizaciones indígenas de primer, segundo y tercer grado.

¹ Este trabajo forma parte de mi tesis de maestría: “Lucha por significados: mujeres indígenas, políticas públicas y prácticas médicas en el parto”. La investigación la realicé durante el año 2011, cuando se discutía la propuesta del parto vertical institucionalizado como parte de la política de salud pública.

Las mujeres de las comunidades se quejaban con el equipo de Salud Intercultural, pues recibían maltrato por parte del personal de salud, y el descontento en las comunidades era generalizado. Ellas no acudían a los sitios de salud, pero las novedades fueron socializadas con el equipo provincial para generar una solución frente al tema.² El área de Salud Intercultural de la Provincia de Imbabura está conformada por un equipo de indígenas que tienen experiencia en la medicina indígena; incluso fueron dirigentes de sus procesos comunitarios, situación que les permitió tener acercamientos directos con la realidad de las comunidades, sobre todo en el tema de salud.

El proceso del PCA también inició con el Comité de Usuarías de la Ley de Maternidad Gratuita, que fortalecieron las veedurías para la asignación y gestión local de los recursos financieros en las instituciones de salud. Y con ello, se ejecutó un proyecto de Supervivencia Materna con Family Care International (FCI), en el cual se registró un alto índice de mortalidad materna en la provincia de Imbabura; se presentaron 10 casos durante el período 2001-2005. El objetivo del proyecto era identificar las comunidades con mayor número de muertes maternas y establecer una estrategia para disminuirlas. Una de las recomendaciones fue determinar el vínculo operativo entre el hospital y las unidades de salud puesto que se trabajaba aisladamente. El diagnóstico proporcionado por la organización internacional ayudó a identificar las falencias institucionales y, de alguna forma, a pensar en el tipo de enfoque que necesitaban las instituciones de salud.³

En 2007, en el gobierno del expresidente Rafael Correa, la ministra de Salud, Caroline Chang, nombró por primera vez a un médico indígena, el Dr. José Terán, como director del Hospital San Luis de Otavalo (HSLO). En esa coyuntura, surgió la idea de impulsar y llevar a cabo el proyecto del PCA en el HSLO, generar el vínculo con las unidades operativas de salud y ampliar la cobertura de atención tanto en la zona urbana como en la zona rural. Con el proyecto del PCA en el hospital se intentó “establecer una

² Entrevista a la Lcda. Mercedes Muenala, coordinadora de Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud-Imbabura, 24 de febrero de 2011.

³ Entrevista a la Dra. Myriam Conejo, directora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, 12 de enero de 2011.

propuesta que el ministerio tome como suya, en cuanto a cómo debería ser un servicio que responda a la diversidad. La finalidad de trabajar sobre el PCA en una entidad pública era que pudiéramos dar paso de lo privado a lo público y de repente garantizar la sostenibilidad de ese proceso. Eso se planteó con el Fondo de Población y ellos estuvieron muy de acuerdo puesto que la idea era apoyarle al nuevo director que era indígena y que se inicie todo este proceso” (entrevista a la Dra. Myriam Conejo).

El hecho de nombrar a un médico indígena como director de una institución de salud implicaba el protagonismo del sujeto indígena en la institución del Estado para sostener procesos tanto en la política multicultural como en las demandas de las organizaciones indígenas, de manera particular, las de las mujeres indígenas. Los cargos institucionales que son dirigidos por actores indígenas se convierten en una estrategia para ganar espacio y canalizar los procesos de participación de estos sujetos. Sin embargo, la estructura dominante se manifiesta en las relaciones de poder a través de los discursos, los espacios y los mismos actores.

En el HSLO también se encontraron aliados que tenían afinidad con el proyecto del PCA y que apoyaron la gestión. “De alguna manera había dos o tres personas sensibilizadas en el hospital o por lo menos que se identificaban con este tipo de temática, una de ellas era la Lic. Magdalia Hermosa, quien es la directora actual del hospital y fue un apoyo muy importante para el Dr. Terán; eso ha posibilitado que no se debilite el proceso en el HSLO” (entrevista a la Dra. Myriam Conejo).

Fue importante mantener un equipo técnico para fortalecer la propuesta, en vista de que en períodos anteriores al Dr. Terán, existieron intentos de la implementación del PCA a través de capacitaciones al personal de salud, sobre todo en torno a la cosmovisión indígena y la interculturalidad, pero no se concretaron acciones. Es decir, existían ideas, incluso pequeños proyectos para la implementación del parto vertical, pero sin las condiciones y las coyunturas políticas era difícil que el proyecto ingresara en la institución de salud.

En febrero de 2007 se establecieron diálogos entre el Movimiento Indígena Ecuatorunari, el MSP, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF) y la Universidad Central del Ecuador (UCE) para generar una propuesta institucional sobre el “parto tradicional” como una alternativa. Entre los ejes de la propuesta de la UCE constaba la revisión del p nsu m de estudios de la Escuela de Obstetricia en la cátedra de Gineco-Obstetricia, para incluir el parto tradicional y algunos conocimientos sobre interculturalidad (Ecuarunari 2007). El convenio fortaleció de alguna manera la iniciativa institucional del HSLO, porque las estudiantes de obstetricia realizan sus prácticas profesionales en la institución. Además, el hecho de que el parto vertical ingresara como tema en uno de los contenidos curriculares de la Escuela de Obstetricia, dio lugar a que el conocimiento científico fuera interpelado y se generaran nuevas formas de relación con las pacientes.

En el hospital se implementó el PCA como un modelo de atención con enfoque intercultural, que obedece a un proceso de diagnóstico y evaluación de la institución en general. El personal médico, las parteras y las usuarias fueron actores principales para obtener información, generar cambios e impulsar el proyecto. Se dieron una serie de capacitaciones tanto al personal médico como a las parteras, que se convirtieron en zonas concretas de choque frente a las prácticas, saberes y conocimientos alrededor del parto. El diagnóstico y proceso previo para la implementación del PCA se desarrolló durante 2007 y se inauguró la sala de PCA el 4 de abril de 2008.

El apego a las leyes, decretos o reglamentos también influyó para que el parto vertical se legitimara en la institución médica. “Una vez que entró en la dirección del hospital, empezamos a hablar del tema, de la parte cultural y así como marco legal, tuvimos que ir buscando para sostenernos y defendernos porque era algo nuevo [el PCA] dentro del sistema del Ministerio de Salud Pública. Entonces una norma del mismo ministerio, creo que es del 95 –no me acuerdo exactamente– ya decía, una norma peque nita, que las madres pueden tomar la posición más adecuada, o sea, pueden decidir las madres. Y al mismo tiempo con unos documentos de la Constitución anterior es lo que empezamos a trabajar para defender la parte legal del proyecto” (entrevista al Dr. Terán, 2010).

De alguna manera, el apego a las leyes implica una validación oficial que garantiza el cumplimiento del proceso, est n o no est n de acuerdo. El

personal de salud todavía no estaba convencido de la implementación del PCA en el hospital y el ingreso de las parteras al quirófano desestabilizaba los procedimientos y las concepciones hegemónicas sobre el ejercicio de la medicina en la institución.

El viernes 5 de septiembre de 2008 se realizó el lanzamiento oficial del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal; en uno de sus capítulos normativos consta la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. El PCA es reconocido a nivel nacional e institucional a partir de la normativa que se incluye como una política multicultural del Estado. Es decir, que ya no es una alternativa la aplicación del parto vertical en el hospital, sino que se convierte en una norma. Por tanto, el Ministerio de Salud, como ente rector, formulará registros, necesitará estadísticas de la aplicación del PCA y las incidencias de reducción de la mortalidad materna infantil.

En todo este proceso, las parteras recibieron capacitaciones impulsadas por el Ministerio de Salud y organismos internacionales para identificar los riesgos obstétricos y evitar las muertes maternas. Además, con la certificación de parteras calificadas, recibieron un carné de identificación para poder ejercer su labor en el hospital. Tanto el carné como las capacitaciones se convierten en un poder simbólico que legitiman el ingreso de las indígenas en el centro médico.

El proceso del PCA se convirtió en una lucha porque a partir de las coyunturas políticas, las indígenas lograron ingresar en la institución de salud pública. Hemos visto que tanto los representantes de las instituciones públicas y los organismos internacionales como las organizaciones indígenas se han convertido en actores del proceso. Sin embargo, el impulso elemental viene desde abajo, es decir, de las mujeres indígenas junto con el personal médico, quienes cuestionan los discursos y los espacios dominantes desde la cotidianidad.

Existe una lucha por mantener espacios simbólicos incluso ante los discursos dominantes. Por ejemplo, en el hospital, aun cuando el discurso médico se identifica como dominante en las prácticas de salud y atención al parto, las parteras transgreden a través de la aplicación de un parto no médico o parto vertical en la institucionalidad médica. Las parteras no solo

luchan por los significados, también son las parturientas las que deciden sobre la posición de su cuerpo en el momento de parir.

La lucha por los significados se relaciona con el acceso del poder político e interpretativo para generar procesos de identidad en las instituciones (Lind 2005). Esta lucha alrededor del parto culturalmente adecuado, a través de los discursos y las prácticas en el sujeto mujer indígena, provoca un análisis frente al cómo comportarse (construcción del cuerpo a partir de la normativa del PCA), los roles de las parteras versus los de los médicos y los tamaños de las salas de parto, es decir, los espacios, que se materializan en un lugar determinado, en este caso en el Hospital San Luis de Otavalo.

Cuerpos que se construyen: ¿cómo comportarse?

La guía del PCA tiene una normativa de atención culturalmente adecuada del parto que forma parte del ámbito de acción. En la normativa que se propone en el documento, existen 15 puntos dirigidos al personal médico donde se describe la forma en que deberían mantener el acercamiento con las parturientas. Uno de los puntos hace referencia al trato, a la interacción, a la explicación que necesita la parturienta y al respeto en la elección del modo en que decida parir. Cito un ejemplo: “No imponga una determinada posición a la paciente durante el trabajo de parto, deje que se mueva libremente y asuma la posición que le dé mayor comodidad” (MSP 2008, 42).

Sin embargo, por situaciones de mayor comodidad para el personal médico y rapidez al atender a las parturientas, no siempre existe tal decisión de las mujeres en el momento del parto; de hecho, a veces pesan más las metas dictadas por el MSP en cuanto al número de partos verticales que debe cumplir el personal médico. El médico residente del hospital comentó al respecto: “En los pocos partos verticales que he atendido, no me atraía mucho el parto vertical, a pesar de los beneficios, por la incomodidad que le contaba, pero más uno se va hacia el empujón que el ministerio le obliga atender los partos verticales. Porque uno está bien, viene la paciente y no se le dice [sobre la posición vertical], no pierdo nada, no gano nada, si la paciente da parto horizontal es más cómodo para mí y me evito estar en

esas, pero ya el ministerio pone metas que usted deba atender tantos partos horizontales y tantos verticales” (entrevista al Dr. Esteban, médico residente, 26 de marzo de 2011).

El documento ofrece una guía de atención al personal médico, pero este lo acoge más por la presión institucional que el MSP ejerce sobre el personal médico para cumplir ciertas metas en relación con el parto vertical. Si bien han subido los porcentajes del parto vertical en el HSLO, el personal médico no está convencido o no toma en cuenta la decisión que tiene la mujer en el momento del parto, le interesa más cumplir con una meta anual del MSP.

Dicha institución pone como base el número de partos verticales y horizontales que las áreas de salud deben cumplir como metas anuales; de alguna manera, esto ayuda a registrar si la normativa del PCA tiene vigencia para generar más recursos. Pero si el número es un indicador, ¿qué pasa con el registro de los partos de mujeres indígenas o mestizas? Posiblemente hay un interés por el cumplimiento de un número de partos verticales para justificar una política y los recursos que el Estado genera alrededor del PCA. Ante las metas que pone el MSP, el médico residente comenta:

Dr. Esteban. Hoy que se hizo anual [las metas del MSP], porque antes era por seis meses, entonces nos ponen metas en cuanto a la producción anual anterior que se ha tenido y eso califica la Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones (SENRES), para este año tenemos 100 partos horizontales y 200 verticales que tenemos que hacer más o menos en once o diez meses que tiene el año de trabajo, independientemente de que sean indígenas o mestizas. Son 200, haciendo cuentas más o menos que tenemos que hacer entre dos o tres partos verticales en cada turno. Yo lo hago porque ya tengo una meta que cumplir, intento hacer porque antes no, me evito estar incómodo y eso le atrae porque, aunque obligadamente usted ve los beneficios que es mejor [el parto vertical], el bebé sale rápido, hay poco sangrado, en los que he atendido yo no ha habido desgarros, entonces se ve que sí es mejor (entrevista, 26 de marzo de 2011).

El estándar de metas que determina la institucionalidad, en este caso el MSP, se convierte en un mecanismo de presión sobre el personal médico para visibilizar el aumento porcentual de los partos verticales y generar recursos para justificar la implementación de la política pública, aunque la aplicación no incida en el comportamiento del personal médico del hospital.

Es importante tomar en cuenta la “incomodidad” que el médico manifiesta cuando atiende el parto vertical: es incómodo para él, pero posiblemente es una posición que la mujer decidió. El tema de la incomodidad es muy recurrente, pero también el de las jornadas laborales, sobre todo, en el personal médico residente, y eso hace que el desgaste sea aún más fuerte y que el trato cordial con la paciente se agote. Estamos hablando de un tema de trato a la paciente y del trato que la institución tiene con el personal médico, es decir, el trato institucional que recae sobre el personal médico residente no es lo suficiente bueno como para que este lo reproduzca con las pacientes.

Entre las normativas del documento también hay una referencia a la información que debería dar el personal de la salud a las parturientas. La información gira alrededor de la anticoncepción, asepsia con su cuerpo y el del bebé, lactancia materna y los chequeos que debería realizar la parturienta después del parto (MSP 2008). Generalmente las enfermeras son las encargadas de transmitir la información a las pacientes, pero hay una permanente acentuación en la asepsia. Una expresión de las enfermeras, cuando empecé a entrevistar a las parturientas en el piso de ginecología, fue: “[las mujeres indígenas] tienen que bañarse, tienen que venir con su maletita lista, con jabón... las mujeres indígenas vienen sin bañarse, tienen que indicarles que vengan bañadas con jabón, con todo listo, esos problemas del aseo tienen más las indígenas que las mestizas” (entrevista a Marlene, enfermera auxiliar, 2011).⁴

A pesar de los cursos de capacitación y sensibilización que ha recibido el personal médico frente al PCA y el contexto de las mujeres indígenas, existe un imaginario de la asepsia y la no asepsia, que no solo es delegada a las pacientes en general, sino que además presupone una diferencia entre el

⁴ Utilicé seudónimos en las entrevistas con el personal médico del hospital, líderes indígenas y parturientas para mantener la confidencialidad de la información.

aseo de las indígenas y las mestizas, más aún cuando el PCA es considerado como “sucio” por la mayoría del personal de enfermería.

Las enfermeras manifestaron que no les gusta atender el parto vertical porque la parturienta mancha todo, la defecación, la sangre y todo se da ahí mismo, no es por separado como en el parto horizontal, en donde la sangre y la defecación cae en el balde y no mancha casi nada. Después de que se dio un parto en el “lugar del parto vertical o PCA”, una de las enfermeras comentó: “Eso no me gusta de este parto [refiriéndose al parto vertical], no es bonito como en el horizontal que todo es limpio, mientras que aquí todo se ensucia”.

A esto también se le agrega el hecho de que las enfermeras son las que limpian y estar en contacto con aquello que mancha y ensucia les causa molestia. Pero, ¿qué causa molestia: tener que limpiar o que las mujeres indígenas ensucien? En el parto horizontal igual tienen que limpiar, se manchan los “campos” o las telas de quirófano, tienen que limpiar los baldes con sangre y heces. En el parto vertical los campos o telas quirúrgicas también se manchan, no hay diferencia entre el parto horizontal y el parto vertical.

El problema visiblemente es que el personal de enfermería aún relaciona el parto vertical con las mujeres indígenas y lo considera “sucio” porque considera a la indígena como un sujeto que carece de asepsia, pues “la idea de que los indígenas y todo lo que les rodea es sucio contribuye a mantener las diferencias étnicas” (Martínez 1998, 106) entre el sujeto mujer indígena y el personal médico, en este caso, la enfermera.

Acto de parir

El acto de parir implica la forma en que interviene el personal médico sobre el cuerpo de la parturienta y también la decisión de la mujer sobre su propio cuerpo. Cuando ingresan a emergencias para que los chequeen por el personal de la salud, reciben indicaciones de cómo comportarse frente a las contracciones del útero o a los dolores de parto. La enfermera auxiliar de uno de los turnos, durante mi trabajo de campo, le dijo a la parturienta: “Sáquese la ropa, el calzoncito (ropa interior) también, nosotros ya le

ponemos la toallita, póngase la bata, sáquese los aretes, joyas, todo lo que tenga”. Estas fueron las indicaciones antes de que la parturienta ingresara a la sala de partos. La parturienta cumplió con todo, pero no contó con que sus uñas estaban un poco largas y con tierra. La enfermera le dijo: “A ver, deje ver sus uñas... están largas y sucias, ya le traigo un cortaúñas”. Trajo el cortaúñas y le entregó al esposo de la parturienta para que se las cortara. Hago esta breve descripción porque la forma de preparación recae sobre el cuerpo de la mujer paciente, quien debe seguir las indicaciones para ingresar a la institución médica. Desprenderse de su ropa para utilizar una más ligera, propia del hospital, cortarse las uñas y sacarse joyas son normas para ingresar a un área de salud.

La paciente es trasladada desde emergencias a la sala de partos en donde espera hasta que el cuello del útero se dilate. La auxiliar de la sala de partos la recibe, le designa una cama y le dice: “Tiene que estar tranquilita, tiene que respirar y darle aire a su bebé, cuando venga el dolor no grite, tiene que respirar hondo y soltar el aire, cuando le venga las ganas de orinar o hacer la caquita, no importa, se hace no más...” (diario de campo, marzo de 2011).

En la sala de partos el personal de enfermería continúa dando indicaciones de cómo la paciente debería comportarse cuando le vengan las contracciones. Muchas de estas indicaciones son una ayuda sobre todo para las primigestas o quienes dan a luz por primera vez. Las indicaciones de la auxiliar son parte del protocolo que se debe seguir en el parto, es decir, el personal de salud va guiando o normando el comportamiento de la mujer para que se desarrolle el proceso.

Pero las relaciones del personal de enfermería con la paciente se transforman constantemente, pues la parturienta en algún momento ejerce decisión y dominio sobre su cuerpo. Muchas ya no hacen lo que la auxiliar les dice, sino lo que sus cuerpos les piden. Esos son momentos de tensión porque tanto la auxiliar como la parturienta quieren ejercer el control sobre un mismo cuerpo: la auxiliar sobre el cuerpo de la paciente y la parturienta sobre su propio cuerpo.

La enfermera le dice a la parturienta: “A ver, mamita no grite así, tome aire por la nariz y suelte por la boca, si grita se le va el pujo y no le da aire

a su bebé”. La parturienta en su contracción y con dolor de por medio dice llorando: “es que no puedo, ya no avanzo...”. La enfermera le contesta: “si avanza mamita, sea valiente”. Y la parturienta le dice: “a usted no le duele, a mí sí...”. La parturienta no se acomodaba por el dolor, se paraba, se acostaba bocarriba, bocabajo, se puso en cuatro en la cama, se sujetó de la cabecera y ahí logró acomodarse para continuar con las contracciones. Primero pidió al médico parir de forma vertical, pero luego el médico verificó que estaba “dilatado 10 cm, borramiento 100 % y en III plano” o “expulsivo”, y la mujer pidió parir acostada o de forma horizontal. Después del parto comentó: “Me siento adolorida, adolorida, yo sentí que me iba a morir. Y ya me daba ganas de quitarle [la mano] al doctor, cogerle la mano y hacerle a un lado y no me dejó, ya no avanzaba. Justo que viene el dolor ahí me dice “puje, puje a la fuerza”, y entonces ya no tenía respiración, no podía hacer fuerza, por eso pedí que me lleven a la camilla porque ya no quería parir de rodillas” (entrevista a Martha, parturienta indígena, 27 de marzo de 2011).

El personal de enfermería también asume que el momento en que las pacientes dicen lo que sienten cuando están con las contracciones, generalmente tienen un comportamiento ofensivo hacia las auxiliares, y como respuesta utilizan la amenaza para tomar el control sobre las acciones que la parturienta genera en ese estado de dolor. “Hasta ahora no ha habido ningún problema, pero a veces son groseras [las pacientes], bueno, por el dolor mismo, dicen que ‘no me toque’, que ‘no me haga esto’, entonces una tiene que ponerse ya seria y decirle: ‘señora me va a colaborar o no me va a colaborar’, se le pone las cosas, se le dice lo que va a pasar si ellas no colaboran” (entrevista a Pamela, enfermera auxiliar, 26 de marzo de 2011).

Tamaños de salas: diferencias de espacios y uso

La Sala de Parto Culturalmente Adecuado es utilizada por las parteras para realizar sus respectivos chequeos a quienes requieren de un diagnóstico sobre el embarazo. Al frente de dicha sala está la de partos, en donde ingresa el personal médico, las parteras, las parturientas que están en labor de parto y los familiares de las pacientes. Saliendo de la sala de partos existe un pasillo

que conecta a la Sala de Legrados y junto a esta se encuentra el quirófano en donde atienden a la mayoría de mujeres que paren de forma horizontal.

Saliendo de la Sala de Labor, en la parte izquierda del pasillo, existe un espacio que se denominó el “lugar del parto vertical o PCA”: no tiene nombre para el personal médico, pero simbólica y espacialmente saben que es un área en donde las mujeres paren de forma vertical. En este lugar hay una colchoneta con una sábana rosada; sobre la colchoneta hay tres tubos empotrados en la pared para que las mujeres puedan sujetarse en el momento del parto. Complementan el equipamiento del sitio, un calefactor y una lámpara eléctrica. El espacio está separado del pasillo por una cortina tomate, es tan reducido que resulta incómodo el ingreso de más de cuatro personas.

En el quirófano o sala de partos hay una camilla ginecobstétrica y a su alcance está todo el instrumental médico para realizar los partos; hay una silla de metal para que el médico pueda suturar si hubo episiotomía, una lámpara muy grande cuelga del techo. El quirófano está revestido de baldosa verde. Pueden ingresar cinco o seis personas, porque la sala es muy grande.

En la sala de parto o quirófano el médico está parado por un momento, hasta que el bebé y la placenta salgan y toma asiento cuando tiene que suturar a la parturienta. En el parto vertical el médico se arrodilla en el suelo o se apoya en la colchoneta para recibir al bebé y sacar la placenta; el médico tiene que esperar de rodillas el proceso del parto. De la forma en que se implementan las salas y cómo se dan los partos en los espacios, los médicos asumen la incomodidad o comodidad para atender. Para el personal médico, el parto vertical no es cómodo. “Atender el parto vertical y estar en esa posición [de rodillas junto a la paciente], se cansa rápidamente, y es como que le hostiga el parto vertical. Atender uno y otro parto al mismo tiempo es cansado, y con la paciente en el piso ya no me doy. Como vio ahora, fue más fácil atender a la paciente en la cama y ahí pude atender uno y enseguida atender el otro parto. Entonces, obviamente uno se cansa menos y puede atender más partos que un solo parto [vertical] que se atendió muy abajo, en el suelo” (entrevista al Dr. Esteban, médico residente, 26 de marzo de 2011).

Entonces, si atender el parto vertical es incómodo para el personal médico, es posible que la prioridad para atender los partos no sea exclusivamente

de forma vertical, excepto si la paciente decide parir verdaderamente de esta forma. El médico entrevistado confirma que realiza partos verticales, pero en las camas de la sala de labor y de esa forma garantiza la atención de otros partos verticales. Sin embargo, la implementación del “lugar del parto vertical” sigue siendo un conflicto para el personal médico, porque el problema no es el parto en sí, sino el lugar en que se realiza, es decir, la colchoneta lo vuelve incómodo.

El “lugar del parto vertical”, además de ser estrecho en comparación con el quirófano, es incómodo para el personal médico por su implementación. El quirófano o sala de partos es diseñado para la comodidad del médico y el “lugar del parto vertical” es improvisado para que las mujeres puedan parir de forma vertical.

Tanto la sala de partos o quirófano como el “lugar del parto vertical” están dentro de un área esterilizada, pero no comparten igualdad de condiciones físicas y simbólicas. Existe un lugar designado, reconocido y apropiado para realizar el parto horizontal, tiene un nombre y un espacio determinado. Al contrario, el “lugar del parto vertical” no posee un nombre, el personal médico sabe que es un espacio para realizarlo si la paciente lo pide, pero no está implementado en el mismo ambiente que un quirófano.

Según explicó una de las obstetrices del hospital, el “sitio del parto vertical” es provisional, un área a la que las mujeres se puedan trasladar de forma rápida en el momento del expulsivo. El espacio en el pasillo representa un lugar estratégico, pues el traslado puede ser inmediato y el personal médico puede atender rápidamente a las parturientas si se dan dos o tres casos al mismo tiempo, pero no es un espacio planificado y pensado para el ejercicio del parto vertical o del PCA.

El personal médico también sabe que el “lugar del parto vertical” es muy reducido y considera que es una limitación, así explica una de las obstetrices en la entrevista: “Una limitación puede ser el espacio físico porque a pesar de que se ha adecuado para las usuarias hay días en que hay mucha afluencia de las pacientes, entonces no se les puede hacer ingresar a todos los familiares, a pesar de que se trata de hacer todo lo mejor posible, el espacio es una de las limitaciones que se tiene aquí en el hospital” (entrevista a Priscila, obstetriz, 28 de marzo de 2011).



Figura 1. “Lugar del parto vertical” en el Hospital San Luis de Otavalo.

Fuente: MSP 2010c, 57.

Aun ante la inclusión del “lugar del parto vertical” en el espacio médico del hospital, prevalece el quirófano como un espacio dominante de la institución y las prácticas médicas. La desigualdad de los espacios y los tamaños de las salas de parto reafirman una vez más la incorporación de las relaciones de poder/saber en la institución de salud (Foucault [1983] 2001).

La Casa Materna

En la Casa Materna descansan las mujeres que se encuentra en labor de parto para evitar que regresen a su vivienda y se genere una complicación mayor; es decir, la mujer que ingresa a la Casa Materna lo hace tras el diagnóstico del médico y bajo la vigilancia del personal de salud. Silvia Mendoza nos explicó:

Silvia. La Casa Materna funciona de la siguiente manera: en emergencia el médico residente de ginecología o la obstetrix decide si la paciente se va a la casa o se queda en observación. Si la paciente decide irse a la casa, porque vive por los alrededores, se va, pero hay pacientes primigestas que tienen mucho temor de regresar a la casa, así vivan a media cuadra del hospital. Por lo tanto, se les brinda aquí un cuarto en donde pueden quedarse hospedadas hasta que se realice su parto. Cuando está cerca del parto, baja nuevamente a emergencia y se la ingresa a Sala de Labor. Mientras tanto puede quedarse acompañada tanto de la madre o del esposo o de sus hijos. Hay capacidad de tres personas en la habitación. Además de eso tiene la casa amoblada, entonces tenemos como para que el familiar cocine si desea, tiene todos los utensilios de cocina, lo único que tiene que traer son los alimentos, según las costumbres. No podemos saber qué costumbres tienen, qué es lo que cocinan allí. Es gratuito.

Además de eso, la paciente, el médico residente de ginecología, o la partera o la enfermera, estamos cada dos horas pendientes de la paciente, de venir a revisar si la paciente se está adelantando más con los dolores, si ya tiene sangrado o de la mucosa. De todo eso está pendiente el personal de salud y la partera. Además, aquí no se han realizado partos porque ya se está pendiente de la paciente si está con dilatación cinco o seis se le baja a emergencia para que sea ingresada a la sala de labor. El ingreso de la paciente se registra en este formulario que tenemos, la fecha, la edad, la etnia, la procedencia, el nombre del acompañante, el número de la habitación⁵.

⁵ Entrevista a la Lcda. Silvia Mendoza, enfermera encargada del PCA en el Hospital San Luis de Otavalo, 25 de marzo de 2011.

La Casa Materna se convierte en un espacio de espera para la parturienta. La estructura se asemeja más a una vivienda de hospedaje que a un centro hospitalario, donde la parturienta desarrolla la labor de parto junto a sus familiares. Según el criterio de una de las lideresas indígenas en Otavalo, la Casa Materna se construye con el fin de que las mujeres estén más seguras cuando les vengan las complicaciones y enseguida las lleven a la sala de partos. Pero no todas son acogidas en la Casa Materna. “Una de las preocupaciones es que esa Casa Materna para lo que fue implementada se ocupa a medias. Usted puede hacer una relación: ¿cuántas personas han dado a luz y cuántas [mujeres] han sido hospedadas?, pocas han estado ahí. Las propias compañeras parteras pueden contar eso porque hacen regresar y las propias mujeres nos cuentan que hacen regresar a la casa [...] funcionar sí funciona, pero no como uno [...] quiere” (entrevista a Tania, lideresa indígena, 28 de febrero de 2011).

Que las mujeres descansen en la Casa Materna hasta que se desarrolle la labor de parto tiene una intención: evitar que regresen a sus comunidades y surja alguna complicación, evitar la muerte tanto de la madre como del bebé. Romel Arias, coordinador del Departamento de Estadística del hospital, expresó: “la Casa Materna ayuda a prevenir la muerte materna



Figura 2. Casa Materna del Hospital San Luis de Otavalo.
Fuente: MSP 2010c, 85.

porque es un lugar en donde se diagnostica, está en observación [la parturienta] y está valorada por el médico; es como estar en un hotel y la enfermera le monitorea” (entrevista, 2011).

Sin embargo, son expectativas que no se cumplen. Mendoza, enfermera del hospital, explicó que después de la valoración médica, la parturienta decide quedarse o no en la Casa Materna (entrevista, 2011). No obstante, Tania, la lideresa indígena, mencionó que existen mujeres a quienes las hacen regresar y que no coinciden los registros del número de partos y el número de mujeres hospedadas. Más allá de la diferencia de criterios o formas de entender cómo funciona la Casa Materna, es importante visibilizar la función que cumple como espacio en una zona urbana rodeada de comunidades rurales con distancias considerables para trasladarse. La Dra. Myriam Conejo, directora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, sostiene que el personal médico necesita reflexionar dónde viven las mujeres indígenas.

Myriam. Entonces hacer ese tipo de reflexión con el personal de salud de manera que ellos puedan entender y mirar cuál es la realidad también, porque las mujeres indígenas han optado por buscar ayuda en el hospital. Resulta que llegan y les dice ‘no, falta’ y les dicen que ‘regrese más tarde, después de unas cuatro horas, mañana’ y las mujeres no están en condiciones de regresar porque sus comunidades son lejanas, incluso por eso se previó el uso de la Casa Materna –la Casa Materna se construyó también como una estrategia de acercar a las mujeres indígenas al modelo hospitalario, además como una estrategia de buen trato– con la finalidad [de] que puedan quedarse. En vez de que les regresen a la casa puedan quedarse ellas en la Casa Materna hasta el momento en que les toque dar a luz y puedan ir al Hospital San Luis de Otavalo (entrevista, 12 de enero de 2011).

Si tiene una función específica la Casa Materna y hay dificultades para cumplir con las funciones para las que fue construida, se puede considerar que el espacio existe, pero no es reconocido porque su uso no es el propicio. Al igual que en el “lugar del parto vertical”, el personal médico sigue determinando el uso y designación de los espacios.

¿Médicos versus parteras?: “es el médico quien atiende y la partera solo acompaña”

Dr. Esteban, médico residente. Al inicio había una serie de barreras con la partera porque venía ella con sus costumbres, quería coger todo, no sabía qué parte es estéril, hasta dónde ella podía tocar, entonces ellas venían le cogían a uno con las partes estériles, cogían con las manos todo, pero poco a poco se fueron capacitando y uno también les iba indicando lo que tenían que hacer. Lo que se pensaba al inicio es que las parteras iban a atender los partos y que el médico iba a ser un expectante, que en el caso de que la partera si tenía alguna complicación en la atención del parto iba a entrar el médico, pero no, las cosas cambiaron y es el médico quien atiende y la partera solo acompaña (entrevista, 26 de marzo de 2011).

Tanto los médicos como las parteras forman parte del equipo de salud para la intervención del parto, pero cada uno cumple funciones diferentes marcadas por la formación académica que poseen y que la institución les acredita. Las tensiones surgen a partir de la jerarquización del personal en cuanto a los rangos de profesión y el conocimiento, entre ellos están el médico ginecólogo o especialista, el médico residente, la obstetrix, la enfermera, la auxiliar en enfermería y la partera.

En el servicio de ginecología del hospital generalmente está el médico residente encargado de ginecología, el médico residente de pediatría, la obstetrix, la enfermera encargada de la sala de partos, la auxiliar de enfermería y la partera (MSP 2010b). Los profesionales que ejecutan el expulsivo y reciben al recién nacido, tanto en los partos verticales como en los horizontales, son los médicos residentes de ginecología y las obstetrices. Las enfermeras y auxiliares en enfermería están pendientes de la labor del parto y las parteras acompañan a la parturienta a través de masajes y aguas medicinales. Las auxiliares en enfermería y las parteras se encargan de la limpieza después del parto (diario de campo, marzo de 2011).

Las opiniones, tanto de los médicos como de las parteras frente a su posición en la institución médica, revelan el proceso jerárquico funcional que tiene el hospital para atender el parto, y manifiestan la subordinación

con base en la legitimidad del conocimiento marcada por el espacio institucional. Uno de los médicos especialistas en ginecología considera que las parteras deben regirse por las normas de la institución médica.

Dr. Mauricio, médico ginecológico. Yo pienso que las parteras tienen mucha sensibilidad en las manos, de tal manera que pueden determinar fácilmente ciertas cosas que nosotros difícilmente podemos: posición, presentación, es decir, todo lo que significa la valoración de las maniobras del líopodo. Tienen ciertos conocimientos con respecto a la versión externa que significa rotar un feto desde una posición sentada o una posición de cabeza o de vértice, pero definitivamente mientras están en el hospital deberán someterse a cierto tipo de situaciones que son los avances medianamente de lo que significa lo científico, es decir, si una paciente tiene una presentación pelviana, está en embarazo a término, está con labor de parto y es primigesta. Por más que se haga una versión externa, ese feto no se va a dar la vuelta. [...] Mientras las parteras estén en una institución, se deben acoplar a esta. [...] La fase de la labor de parto de ciertas horas, la fase del expulsivo de más de una hora, está a la expectativa de nosotros [los médicos] como vigilantes del proceso (entrevista, 1 de abril de 2011).

Según el especialista en ginecología, aunque la partera tenga ciertas facilidades intuitivas o saberes a partir de su experiencia, no debería atender un parto en la institución médica porque carece de conocimientos científicos. Por tanto, esta función se reserva exclusivamente al médico, porque tiene el conocimiento y está capacitado si en algún momento surgen dificultades durante el parto.

Una médica residente de ginecología confirma que la acción de las parteras en una institución de salud debe ser limitada, porque pueden suceder situaciones arriesgadas en relación con la vida de la madre y el bebé, si es que la partera empieza a valorar sin algún diagnóstico médico que pruebe verdaderamente la situación del bebé.

Dra. Roxana, médica residente. Me parece muy bueno el apoyo de las parteras durante el parto porque ellas están directamente involucradas con el

PCA, ellas igual siguen con las tradiciones de darles agua durante el parto, o darles los masajes en la parte lumbar. Pero siempre, desde mi punto de vista, debe ser limitada, o sea, si ya está en una casa de salud [la parturienta] está siendo atendida por un profesional, y debe ser limitada [la acción de la partera] en el caso de, doy un ejemplo, si el médico residente de turno valora a una paciente y se da cuenta de que el niño está podálico, es decir, el niño está sentado y no está de cabeza y si es una paciente primigesta, que va a ser muy complicado, muy arriesgado ese parto porque puede haber muerte fetal, se le tiene que transferir a la paciente para hacerle una cesárea. Pero si la señora partera habla con los familiares y les dice que ella puede darle la vuelta al niño, me parece que es muy arriesgado, que es algo que no lo deben hacer. Si ya está en una casa de salud, debe ser limitada la acción y no dar información que no están autorizadas para hacerlo. [...] De ahí que trabajen con la paciente que está para un PCA o para un parto horizontal me parece muy bueno, porque es de mucho apoyo (entrevista, 31 de marzo de 2011).

Frente a explicaciones científicas se le designa un estatus de conocimiento tanto a la partera como al médico: en este caso al médico –por el acceso al conocimiento médico– se le designa como el especialista y a la partera –por su no acceso al conocimiento médico– se le designa como la no especialista y toma el rango de apoyo en el proceso del parto.

Sin embargo, las tensiones surgen cuando las parteras tienen mayor credibilidad entre la gente de sus comunidades. Y ese caso sucedió a la médica residente entrevistada, cuando tuvo que enfrentarse a una familia para explicarles que el bebé estaba sentado y necesitaba realizarse una cesárea, pero la partera informó a los familiares que ella lo podía acomodar para que se realizara un parto normal. La médica residente Roxana continúa narrando “muchas veces los familiares se van contra el médico, porque confían mucho en las parteras, además es su medio, su vínculo. [Los familiares] dicen, ‘pero si la señora partera me dice que está de cabeza y que, si puede dar a luz normal’, entonces se va contra del médico y hay problemas. Yo creo que sí es de mucha ayuda [el apoyo de las parteras] pero tiene que ser limitada la acción”.

La partera es conocida como la mujer que “acomoda” la situación del bebé; es decir, si el bebé está de cabeza, la partera le puede acomodar o realizar el “manteo” con el fin de evitar una cesárea sobre todo en las indígenas. Margarita Morales, presidenta de Parteras de Imbabura y representante de las parteras que trabajan en el HSLO, explica que las indígenas son mujeres de campo, que hacen mucho esfuerzo, la cesárea las debilita y es un impedimento para trabajar con la misma fuerza. “No quiero dejar a las madres embarazadas que corten la barriga, nosotras las indígenas vivimos en el campo, tolamos, aramos y cargamos choclo y si le cortan la barriga ya no hay fuerza para que la mujer siga trabajando” (entrevista, 22 de marzo de 2011).

Las parteras ayudan a las mujeres para que sus partos sean normales a través del “manteo”, un procedimiento para acomodar al bebé durante la labor de parto (MSP 2010b), que responde a una tradición, sobre todo, de las indígenas. La partera, desde sus saberes, cuestiona el diagnóstico médico como una forma de garantizar algún tipo de posición en la institución médica. La posición podálica que narró la médica entrevistada es peligrosa, no hay duda, pero que ese diagnóstico sea cuestionado por una partera tensiona aún más las jerarquías del personal médico y el estatus de conocimiento asignado. Y al parecer se debe a un posicionamiento que las parteras van construyendo en el hospital, un escenario de lucha de significados y reconocimiento de esos significados. Margarita Morales comenta: “Como voluntarias estamos trabajando aquí [en el hospital], no dejamos porque ya ganamos este espacio, esto yo no quiero dejar porque por nosotros [mujeres indígenas] este espacio tenemos”.

Un médico residente explica la razón por la cual existen tensiones entre médicos y parteras, que en el fondo obedece a una situación institucional y estructural.

Dr. Esteban. Obviamente no somos tan bien vistos por las parteras. Hay diferencias entre las parteras y los médicos, porque la partera viene acá y solo a espectar [observar el parto]. No recibe un salario. Se le ocupa en cosas que ella tal vez no debe hacer, qué se yo, la limpieza. Hay barreras. Hay cosas como hablarle duro a la paciente, decirle que puje o utilizar estrategias que no son usadas por ellas, y que no se sienten cien por ciento

confiables con el médico. Ya se hizo institucional el parto, pero limitándole a la partera en lo que hacía en su comunidad.

La explicación del médico sitúa a la partera en la institución médica y la sitúa como un sujeto en desigualdad de condiciones respecto al personal de la institución. Menciona la ausencia del salario de la partera, lo que condiciona sus actividades. Por lo mismo la caracteriza como espectadora en una institución médica que limita aparentemente sus actividades. Sin embargo, el médico residente reconoce que la presencia de las parteras es una ayuda para el personal médico.

Dr. Esteban. El apoyo de las parteras en el parto es una parte esencial para que sea horizontal o vertical porque es una forma de que la paciente vea a alguien de su comunidad, sea o no indígena, junto a ella, que le apoye y que le esté diciendo las cosas que debe hacer. Son un gran apoyo y la lengua tiene mucho que ver: nos ayudan a traducir lo que uno le intenta decir a la paciente. Ayudan de igual manera con sus técnicas que tienen, tienen la técnica de estarle sobando el abdomen, la cadera y hay cosas que la materna siente como comfortable y ahí ayudan en el parto. Yo me guío por la partera cuando estoy tan a *full* aquí, porque ellas saben cómo se da el parto, yo a veces le pregunto a la partera, y le digo ‘¿qué, está ya o no?’, y me dicen ‘no, está fría todavía’ o vienen y me dicen ‘ya, doctor, ya está caliente’, –la paciente se calienta o empieza a sudar cuando ya va dar a luz–; son una guía también.

La partera ejerce su rol en la institución cuando se convierte en apoyo de los médicos al igual que ejercen o cumplen el rol las auxiliares en enfermería, pero cuando la partera opina sobre un hecho ginecobstétrico, ello carece de validez para el personal médico y surgen las tensiones. Sin embargo, el hecho de que los médicos reconozcan las estrategias de apoyo que utiliza la partera con las parturientas genera espacios para visibilizar su incidencia en el espacio institucional médico.

Ahora, las obstetrices del HSLO tienen una forma diferente de entender el rol de las parteras en la institución, precisamente porque fueron capacitadas en la implementación del PCA.

Priscila, obstetra. Las señoras parteras no solo están en el momento del parto, sino en todo su trabajo de parto. Ellas son las que están en compañía [de las parturientas] dándoles agüitas, masajes y en el momento del parto son fundamentales porque ellas, como le decía, ayudan en la traducción del quichua, pues el idioma es un limitante del personal, hay bastantes pacientes que no entienden todavía el español, hay otras que en cambio sí manejan los dos idiomas, entonces ellas nos ayudan bastante en lo que es la lingüística, en lo que es explicarles a las pacientes lo que nosotras tratamos de decir, pero en mejores términos tanto que les ayudan mucho en su parte espiritual, en su parte de los masajes, o sea, son muy importantes [las parteras] en el parto (entrevista, 28 de marzo de 2011).

En las entrevistas realizadas, las actividades que más destacan de las parteras son los masajes que dan a las parturientas y la preparación de aguas medicinales. Y, según la obstetrix entrevistada, el trato con las pacientes no tiene una lógica de médico-paciente, sino que se acerca a una relación de mujer parturienta a mujer partera, que puede ser una de las garantías de los saberes desde la experiencia cotidiana.

Las obstetrices que aplican y conocen el PCA tienen una incidencia y también se consideran parte de la lucha simbólica de las parteras en el hospital. Pero también otros miembros del personal, como los médicos especialistas y algunos médicos residentes entrevistados, consideran al PCA una posición que necesita ser estudiada y practicarse con cierta cautela. El discurso de la obstetrix emerge desde los derechos humanos, desde cómo se concibe al sujeto como persona para darle un lugar y ser atendido en la institución.

Priscila. Hay que continuar con la lucha... [el PCA] no es que a alguien se le ocurrió o que nació así porque sí, si ustedes revisan en las páginas de Internet y experiencias de personas que han venido de Europa, es algo que allá se lo realiza habitualmente. Ellos tienen camillas para modificar el parto como ellas lo desean. Lo fundamental es seguir y hacer que esto no se quede solo aquí en el Área 4, sino hacer que practique a nivel nacional y no solo la posición, sino más bien brindar una calidad y calidez a la persona

que va a dar a luz, porque es un ecuatoriano más, es una persona más que al salir de acá, del hospital, es igual que nosotros. Todos somos humanos, todos somos personas y hay que seguir mejorando lo que es la atención de la calidad del usuario.

Claramente, la obstetrix tiene una formación configurada desde los derechos humanos y, por lo mismo, una visión hacia el buen trato con la paciente. Parecería que la formación profesional de médicos y obstetrices difiere. Sin embargo, hay una observación por parte de los médicos, en especial de los residentes, que determina la relación médico-paciente: el médico residente trabaja 24 horas cada cuatro días en dos servicios a la vez, que pueden ser emergencia y ginecología, y las obstetrices trabajan con horarios rotativos de seis horas solo en el área de ginecología.

Sin embargo, la diferencia de horas en el trabajo laboral no es el único elemento de discusión entre médicos y obstetrices; también influye el conocimiento y la praxis médica. Un médico residente tiene ocho años de formación en todas las áreas y una obstetrix tiene seis años de formación solo en obstetricia. Este rango de diferencia hace que el médico residente tenga mayor posibilidad de decisión, ejecución y autoridad frente a los conocimientos de la ginecobstetricia en la institución médica. Y aunque los partos son atendidos por médicos residentes, existe una tendencia a que las obstetrices prefieran los verticales.

Esta puede ser una razón por la cual las obstetrices que entrevisté en el hospital tienen mayor sensibilidad frente al parto vertical. Uno de los médicos especialistas o tratantes considera que el parto vertical debería ser atendido exclusivamente por las obstetrices, “si bien es cierto que el parto como parto es una prioridad en cuanto de las señoritas obstetrices y de los médicos residentes, y yo soy médico tratante, considero que deberían atender directamente el parto vertical las señoritas obstetrices”(entrevista a Dr. Mauricio, médico ginecólogo, 1 de abril de 2011).

Es verdad que, en el hospital, las obstetrices con las que conversé tienen experiencia en la aplicación del parto vertical o PCA, pero los médicos residentes también lo practican según la decisión de las parteras. No obstante, el tema del cansancio o la incomodidad fueron recurrentes. Según

las obstetrices, “el [parto] horizontal es cómodo para los médicos, pero no para las señoras que no les gusta así, mientras que el vertical es un poco incómodo para nosotros los profesionales, pero para las señoras es más cómodo” (entrevista a Natalia, obstetriz, 1 de abril de 2011). Por su parte, uno de los médicos residentes expresa “que sea más cómodo el parto vertical para nosotros también, que sea no en el suelo, sino un poco más arriba para tener una visión completa de la parte anatómica de la paciente y evitar complicaciones” (entrevista a Dr. Esteban, médico residente, 26 de marzo de 2011).

Desde la perspectiva del personal médico el parto vertical, aunque es una posición cómoda para las mujeres, es una posición incómoda para el obstetra. Sin embargo, existen percepciones diversas sobre esta cuestión: los médicos resaltan el nivel de dificultad en el parto vertical, las obstetrices consideran que la posición de la mujer debe ser respetada, y las enfermeras, como mencioné, se preocupan por los niveles de asepsia en el parto vertical y el horizontal. Vale aclarar que el personal médico diariamente atiende entre 10 y 15 partos y eso genera un desgaste y un cansancio que tienen consecuencias en la relación médico-paciente. En la atención pública, la constante afluencia limita a veces la consideración de las situaciones personales de cada paciente, por parte del personal médico.

Sobre las parteras

Tanto las parteras como las autoridades reconocieron situaciones de maltrato hacia las pacientes en el hospital, especialmente a las indígenas. Ello generó reclamaciones y la exigencia de un trato apropiado en la institución. Este cuestionamiento incidió en la introducción del PCA en el hospital como propuesta no solo de rescate de la “cultura”, sino de buen trato hacia las mujeres en general.

De este modo, la institucionalización del parto vertical constituye un logro gracias a las demandas y esfuerzos de las mujeres indígenas: “nosotras estamos aquí para ver que no sigan maltratando a las mujeres indígenas, esa es nuestra lucha y aunque no nos paguen, no vamos a dejar que este

espacio nos quiten, nosotras luchamos duro para llegar al hospital”. Estas son las palabras de Magdalena (entrevista, 1 de abril de 2011), una de las parteras que identifica la presencia de las mujeres indígenas en el hospital como un reto que moviliza y pone en juego las relaciones de poder/saber en la institución de salud (Foucault [1983] 2001). A esto la partera añade: “Muchas veces no nos valoran porque somos analfabetas, pero de estas analfabetas el hospital atiende a varias mujeres, por nosotras las mujeres vienen”.

De las 13 parteras que fueron capacitadas, dos se estaban arrepintiéndolo y querían salir del servicio de salud, pues no les pagaban por sus servicios desde que el convenio que hicieron con el Municipio de Otavalo terminó a inicios de 2011. Muenala añade que “los maridos de las parteras les reclaman que vienen de gana al hospital porque no les pagan nada”.⁶ Las parteras consideran que gracias a ellas ingresa un monto a la institución, pero ellas no reciben beneficio alguno. Sin embargo, las 11 parteras restantes están seguras de que su presencia en el hospital retribuye los años que han luchado para estar allí; esa es también una lucha simbólica para posicionar sus conocimientos, y por un lugar que visibiliza a las parteras para el ejercicio y el reconocimiento de sus prácticas y saberes en la institución médica.

Las parteras sentían que su conocimiento y su práctica no eran valorados, específicamente por los médicos, y que no les otorgaban el lugar que les corresponde en el hospital. Muchas de ellas experimentaron discriminación y racismo, muestra de ello es que aún no les pagan; tienen una bonificación que no se equipara al salario del personal médico. La Dra. Myriam Conejo explicó que es muy difícil medir los niveles de conocimiento en las parteras, así que se las contrata por la experiencia en los nacimientos y eso no garantiza que no se equivoquen en el momento del parto.⁷ La institución reconoce los títulos académicos como garantes de conocimientos, mientras que los saberes de las parteras no tendrían

⁶ Entrevista a la Lcda. Mercedes Muenala, coordinadora de Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud-Imbabura, 24 de febrero de 2011.

⁷ Entrevista a la Dra. Myriam Conejo, directora de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, 12 de enero de 2011.

otra carta de presentación que su experiencia. De modo que su acceso se limita al de la figura de promotora comunitaria.

Reconocimiento y remuneración se enlazan en la situación de las parteras, por eso cabe cuestionar ¿cuál es la importancia que el sistema de salud y la institución le da al PCA, considerando que la partera es el personaje principal del proyecto? ¿Cómo se implementa el PCA sin asignar a las parteras una contribución económica para sostener el proyecto? El Dr. Fernando Calderón, exdirector del Subproceso de Medicina Intercultural del MSP, considera:

el reconocimiento efectivo de las parteras como prestadoras de servicios dentro de la LMGYAI [Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia] habría requerido de mayor decisión política de las instancias a cargo de su funcionamiento, y mayor abogacía y apoyo desde entidades involucradas en su gestión, como el Consejo Nacional de las Mujeres, con el fin de superar las trabas burocráticas y los controles estatales a los que se ha visto sometida la remuneración de los agentes de medicina tradicional. [...] Lo ideal sería que se destine un presupuesto para pagar a las parteras como promotoras interculturales, que es lo que ellas mismas han demandado en algunas ocasiones (MSP 2010a, 38).

Según el Comité de Usuarias de la Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, hicieron la demanda correspondiente para que las parteras tuvieran un reconocimiento económico, exigiendo: “Que el Estado pague las prestaciones que brindan las parteras, como se pagan las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita; ese es el inicio del reconocimiento de la contribución que ellas hacen a las cuentas nacionales del Sistema de Salud”.⁸ El protocolo de la guía técnica menciona que la práctica de la partera u otros

prestadores de servicios tradicionales no ha sido legitimada por las autoridades del MSP y provoca criterios encontrados en lo que a su aceptación se refiere, por lo que, el rol que se les atribuye dentro del Sistema Nacional de Salud, aún no se encuentra definido y es un tema no resuelto (MSP 2010a, 39).

⁸ LMGYAI, abril de 2009. <http://www.maternidadgratuita.gov.ec> (contenido desaparecido de la web).

La partera constituye un elemento fundamental dentro del PCA para darle esa característica de “cultural” al parto, pero a nivel de recursos no entra en la institución porque carece de conocimientos científicos y de un título profesional con el aval de una trayectoria académica. El MSP habla del ahorro para el Estado con la aplicación del PCA en el HSLO: “Hasta el momento se han realizado 1080 controles de parto con atención intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo y se atendieron, con la ayuda de parteras, 1541 partos, lo que ha significado un ahorro de \$1 579 450 a la población” (MSP 2011). Entonces, si la implementación es causa de ahorro con ayuda de las parteras, ¿qué sucede con su retribución económica que aún no se resuelve?

Conclusiones

En este texto analicé la lucha por los significados que se dan a partir de los discursos y las prácticas que se generan concretamente en el HSLO. En el hospital logré distinguir tres ejes o escenarios claves: los cuerpos que se construyen, los tamaños de las salas de partos, tanto del parto horizontal como del parto vertical, y las relaciones de poder entre médicos y parteras.

El personal médico, las parteras y las parturientas se construyen a partir de la normativa que regula las formas de comportarse en relación con el parto institucional. Sin embargo, tal normativa solo va dirigida al personal médico que cumple con un protocolo de atención para la paciente, que regla, indica y dirige la actividad de la parturienta durante el parto. El personal médico ejerce poder sobre la paciente, pero ella también ejerce poder sobre su cuerpo en el acto de parir, y trastoca, de algún modo, las relaciones de poder que ejerce el personal médico sobre su cuerpo y su comportamiento frente al parto. En el ejercicio de poder que mantiene el personal médico, las enfermeras son las que generan los discursos de asepsia de las mujeres en relación con el parto.

En cuanto a los tamaños de las salas de partos, describí y analicé el uso de los espacios tanto del parto vertical como del parto horizontal. El “lu-

gar del parto vertical” y la Casa Materna no son considerados por el personal médico como indispensables, porque salen de la estructura médica institucional. Y de alguna manera los espacios son usados y reconocidos desde la mirada del médico, es decir, se acomodan a su práctica. Sin embargo, no es una cuestión intencional por parte del personal médico, sino que se construye a partir de lo que la institución espera de los espacios, y a estos no les da mucha importancia, aunque estén ahí físicamente para las parteras y las indígenas.

Las relaciones de poder entre médicos y parteras se construyen a partir del acceso al conocimiento médico que tiene el personal de salud. La jerarquización profesional y el estatus de conocimiento determinan el reconocimiento de los médicos y las parteras en la institución. No obstante, las parteras cuestionan la praxis del conocimiento médico a partir de los saberes aprendidos en su experiencia cotidiana. Según los médicos, las parteras deben tener una acción limitada en el hospital: la función de apoyo en el proceso del parto. En tanto, las obstetrices reconocen las prácticas de las parteras y generan cierto tipo de alianza, pero de igual forma, quienes ejecutan el parto en la institución siguen siendo los profesionales médicos. Las parteras, aunque formen parte de la institución médica, no son reconocidas económicamente por el MSP, pese a que promueven un acercamiento entre la salud institucional y la población indígena.

Referencias

- Ecuatorunari. 2007. “Convenio ECUARUNARI-UNICEF-MSP y Universidad Central”.
- Foucault, Michel. (1983) 2001. “El sujeto y el poder”. En *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*, compilado por Hubert Dreyfus y Paul Rabinow, 241-259. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lind, Amy. 2005. *Gendered Paradoxes: Women’s Movements, State Restructuring, and Global Development in Ecuador*. Pensilvania: The Pennsylvania State University.

- Martínez, Carmen. 1998. “Racismo, amor y desarrollo comunitario”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 4: 98-110.
- MSP (Ministerio de Salud Pública). 2008. *Guía técnica para la atención del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- 2010a. *El enfoque intercultural en las normas de salud materna Ecuador 1994- 2009*. Quito: MSP / UNFPA / AECID.
- 2010b. *Parto cultural: protocolos del rol de las parteras en la atención del Parto Culturalmente Adecuado en el Hospital San Luis de Otavalo*. Quito: MSP.
- 2010c. *Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo-Ecuador*. Quito: MSP / UNFPA.
- 2011. “Logros 2010 en la Provincia de Imbabura”, 16 de febrero. <http://www.msp.gob.ec/index.php/Boletines-de-Prensa/logros-2010-en-la-provincia-de-imbabura.html> (contenido desaparecido de la web).