

ANTROPOLOGÍAS HECHAS EN ECUADOR

TANIA GONZÁLEZ R., CATALINA CAMPO IMBAQUINGO,

JOSÉ E. JUNCOSA B., FERNANDO GARCÍA S.

(EDITORES)

TOMO IV

EL QUEHACER ANTROPOLÓGICO



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA

Tania González R., Catalina Campo Imbaquingo, José E. Juncosa B., Fernando García S. (editores)

Antropologías bechas en Ecuador. El quehacer antropológico-Tomo IV / Tania González R., Catalina Campo Imbaquingo, José E. Juncosa B., Fernando García S. (Editores)

1ra. Edición en español. Asociación Latinoamericana de Antropología; editorial Abya-Yala; Universidad Politécnica Salesiana (UPS) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador), 2022

484p.; tablas.; gráficos; mapas.

ISBN ABYA-YALA:

978-9978-10-648-8 OBRA COMPLETA

978-9978-10-686-0 Volumen IV

ISBN DIGITAL ABYA-YALA:

978-9978-10-653-2 OBRA COMPLETA

978-9978-10-688-4 Volumen IV

ISBN FLACSO:

978-9978-67-613-4 OBRA COMPLETA

978-9978-67-614-1 Volumen IV

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

Catalogación en la fuente – Asociación Latinoamericana de Antropología

© Asociación Latinoamericana de Antropología, 2022

© J (editores), 2022

1era Edición, 2022

Asociación Latinoamericana de Antropología

Editorial Abya-Yala

Universidad Politécnica Salesiana (UPS)

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador)

Diseño de la serie: Editorial Universidad del Cauca

Fotografía de portada: *Patas salada, Manabí*, Eduardo Quintana.

Diagramación: Editorial Abya-Yala

Diseño de carátula: Editorial Abya-Yala

Editor general de la colección: Eduardo Restrepo

Copy Left: los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en todo o en parte, siempre y cuando se cite la fuente y se haga con fines académicos y no comerciales.

Edición 2022

Contenido

Prefacio

Presentación

Nota sobre la edición

Parte II **EL QUEHACER ANTROPOLÓGICO ECUATORIANO**

1. Patrimonio, tradición y fiesta

“Bueno para comer”: construcción y transformación de moralidades alimentarias en Nayón

VERÓNICA C. VARGAS ROMÁN

Los diablos de Alangasí de la Semana Santa

ESTEFANY SAN ANDRES

Música y trabajo comunitario en contextos ecoagrícolas

FREDDY ORLANDO AUQUI CALLE Y EDISON GERARDO AUQUI CALLE

Sangre, lluvias y migración: el priestazgo en la Fiesta de los Toros en Girón

MANUEL OSWALDO SUIN

Oralidad, literatura oral y oralitura quichua: la producción de la editorial Abya-Yala

FERNANDO GARCÉS VELÁSQUEZ

Comensalidad, moralidad y ritualidades contemporáneas: la Semana Santa de la gente negra de Telembí en Esmeraldas, Ecuador

JEANNETH ALEXANDRA YÉPEZ MONTÚFAR

2. Antropología y género

“Los cuidados” en diálogo con la antropología feminista: sostenimiento de la vida y autonomía colectiva en la creación de redes de cuidado de mujeres campesinas en la región Sierra Centro del Ecuador

ANDREA BELÉN TAMAYO TORRES

Tejedoras y luchadoras: nuevas agencialidades de mujeres dedicadas al tejido de paja toquilla en la provincia de Azuay-Ecuador

DUNIA ELIZABETH SOLANO WASHIMA Y JANNY MAURICIO VELASCO ALBÁN

Entronque patriarcal: memorias e imágenes de un batallón amazónico

LISSET COBA

Violencia obstétrica durante el parto en el Distrito Metropolitano de Quito

NATALY CAROLINA CARRILLO ARCINIEGA, NATALIA ISABEL PINEDA ARIAS

Y JESSICA CUMANDÁ ROSALES QUINTANA

3. Antropología urbana

Urbanismo refractario: colectivos que transforman

KLEBER SANTIAGO CERÓN ORELLANA

El derecho a la ciudad: una perspectiva antropológica

MARCELO F. NARANJO

4. Antropología de la salud y del cuerpo

Más allá de lo biomédico: salud, enfermedad, atención y cuidado (un estudio de caso)

ALEXIS RIVAS TOLEDO

Explorando la discapacidad en la antropología ecuatoriana: prolegómenos para un desafío pendiente

GONZALO FERNANDO SCHMIDT MARTÍNEZ

La medicina en la normalización de los cuerpos

SILVIA LORENA CASTELLANOS RODRÍGUEZ

La antropología médica y la cosmovisión kichwa en el Ecuador

MARÍA FERNANDA ACOSTA ALTAMIRANO



5. Antropología amazónica

Más allá de las operaciones del pensamiento salvaje entre los shuar de la Amazonía ecuatoriana

LUIS GREGORIO ABAD ESPINOZA

Las relaciones sociales y la hibridez alimentaria en el Mercado Central de Macas

VERÓNICA NATHALY ROMÁN SAN MARTÍN

Adolescencia y suicidio huaorani

VÍCTOR ALEJANDRO YÉPEZ

6. Antropología y naturaleza

El poder de lo simbólico en los territorios ancestrales de la Costa del Ecuador: una mirada en perspectiva ambiental

SILVIA G. ÁLVAREZ Y MÓNICA BURMESTER

La relacionalidad andina y su “perspectiva” ontológica de los cambios en el clima: reflexiones sobre el sentipensar kichwa-puruhá

EDISON AUQUI CALLE

7. Antropología, Estado y movilidad

La construcción del extranjero: clase, raza y xenofobia en los grandes flujos migratorios del sur global

GLADIS AGUIRRE VIDAL

Las pericias antropológicas en el Ecuador: construcción de espacios de análisis intercultural y de género en ámbitos de la justicia penal

ROBERTO ESTEBAN NARVÁEZ COLLAGUAZO

8. Relatos etnográficos

Relatos y memoria kayambi: dinámica de las mutaciones de una comunidad andina

ANA CORREA RODRÍGUEZ

El antiguo trapiche de Mascarilla hecho ruina para la historia material de la afrodescendencia en Ecuador

JOHN ANTÓN SÁNCHEZ

“Para que sean de letra, castellanos, pilas y sabidos”: estrategias de circulación infantil y prácticas relacionales en los Andes centrales ecuatorianos

ABRAHAN AZOGUE GUARACA

Etnografiando la democracia comunitaria: sentidos culturales, procedimientos y encuentros con el Estado ecuatoriano

ANDREA MADRID TAMAYO

Sobre las instituciones

Violencia obstétrica durante el parto en el Distrito Metropolitano de Quito

NATALY CAROLINA CARRILLO ARCINIEGA⁸², NATALIA ISABEL PINEDA ARIAS⁸³
Y JESSICA CUMANDÁ ROSALES QUINTANA⁸⁴

Introducción

La violencia obstétrica es definida como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el 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 e impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (CNME 2017).

La propuesta de la antropología médica nos permite comprender el proceso del parto más allá de la dimensión fisiológica. Se plantea entender el acto fisiológico de parir en su dimensión social, cultural e institucional.

La antropología médica, como subdisciplina, aporta a la comprensión de la salud desde una mirada cultural, considerando tres elementos sustanciales: la salud, la enfermedad y la atención. Este trinomio, se presenta de manera universal en el ámbito médico, sin embargo, cada cultura y grupo humano le da una respuesta particular. Entonces, el objeto de estudio de la antropología médica es la variabilidad y particularidad de las creencias, prácticas, sistemas y procesos de la comprensión de salud-enfermedad-atención en cada sociedad (Díaz Bernal *et al.* 2015).

82 Estudiante de la Maestría en Innovación de la Educación (PUCE-Ibarra).

83 Licenciada en Ciencias de la Educación y en Antropología Aplicada (UPS-Quito).

84 Licenciada en Antropología Aplicada (UPS-Quito).



La noción de salud no puede ser comprendida fuera de la relación entre la cultura y los procesos biológicos, es decir, el contexto social y biocultural, y las representaciones y prácticas de los grupos sociales (Díaz Bernal *et al.* 2015; Huerta Benze 2015).

El modelo biomédico occidental es una propuesta conceptual hegemónica que, sin demeritar sus amplios logros en la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones, secundariza o anula otros saberes populares en el campo medicinal, del mismo modo que excluye de un diálogo más dinámico o menos jerárquico a los pacientes de la relación médico-paciente (Huerta Benze 2015).

Para la biomedicina la eficacia y la rapidez, son motores del diagnóstico, pero debido a la emergencia de ciertos casos y padecimientos, su principal motor es la acción. Existe mayor interés por la enfermedad que por el padecimiento o, en otras palabras, se privilegian más los síntomas que los significados (Huerta Benze 2015).

Patologizar significa considerar el parto como una enfermedad, es así que el cuerpo “enfermo” pasa a ser regulado, controlado y disciplinado por el personal de salud. Dentro de los hospitales, las mujeres sienten que su condición de gestantes es tratada como una enfermedad, su identidad se supedita a los procedimientos y protocolos que tienen las instituciones de salud. La sobre medicalización que reciben para inducir sus partos las hace vulnerables ante un proceso que primordialmente debería ser fisiológico y emocional.

Desde una mirada antropológica planteamos que la violencia obstétrica opera sobre el cuerpo de las mujeres a través de una serie de fronteras que actúan sobre el cuerpo femenino de manera particular durante el parto. Los cuerpos de las mujeres, dentro o fuera del territorio nacional, son afectados por fronteras geográficas y simbólicas pues la ciudad, la nación, sigue siendo un espacio social masculino. Estas saltan a la vista durante el proceso fisiológico del parto. Si partimos de que “hay una suerte de colonización de cuerpos, que se constata a través de la construcción de fronteras, las geográficas solo son metonimias de las fronteras procreativas, étnico-culturales, sexuales y reproductivas” (Gregorio Gil 2009: 46) que marcan nuestros cuerpos femeninos.

La violencia obstétrica es sin duda una violación a los derechos humanos y reproductivos que pasa desapercibida, tanto en las cifras oficiales como en la denuncia social, política y académica, pese a que atenta contra el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva; derechos recogidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), de la cual Ecuador es parte (CNME 2017). Es considerada una forma de violencia sutil y se legitima en la patologización del parto, es decir: al considerar el alumbramiento como una enfermedad la violencia

que se ejerza sobre el cuerpo femenino parturiento se llega a considerar necesaria o secundaria, en nombre de “salvaguardar la vida de la madre y del niño”.

Explorar las fronteras no geográficas nos dará algunas posibles respuestas de la colonización de los cuerpos, entendiendo, según Schoeder, que el cuerpo se construye sexuado por medio de ciertas prácticas como las discursivas, legales, penales, psicológicas, médicas y añadimos, obstétricas, para el presente caso de estudio (en Botero y Lozano 2011: 38).

Hemos planteado cuatro fronteras simbólicas sobre las que actúa la violencia obstétrica en el cuerpo de las mujeres durante el parto: político-patriarcal, institucional-hospitalaria, sexual-reproductiva y étnico-cultural. Entendemos las fronteras como espacios donde se condensan procesos socioculturales que unen y separan de modos diversos, tanto en términos materiales como simbólicos. En el contexto simbólico, las fronteras son intangibles, pero no imperceptibles, es decir, no podemos tocarlas, pero sí podemos percibirlas, describirlas e incluso delimitarlas.

La creación de fronteras desde los discursos epistemológicos y políticos actúa de manera permanente y diferenciada sobre el cuerpo de las mujeres dentro de nuestros propios Estados nación. Las mujeres son sujetos que afrontan múltiples desplazamientos y fronteras sobre sus cuerpos. Estas fronteras tienen agencia e impacto corporeizado no solamente en los momentos migratorios, sino en la vida social, pues “el movimiento se revela múltiple y multidimensional: entre Estados o regiones, entre espacios públicos y privados, entre esferas productivas o reproductivas, entre un número considerable de ejes revisados de discriminación articulados en cruces de nuevos dominios patriarcal, colonial y neoliberal” (Botero y Lozano 2011: 39).

Al ser cuerpos femeninos o feminizados nos convertimos en sujetos fronterizos. Al abandonar el espacio privado, la casa, socialmente considerada el territorio geográfico de las mujeres, transitamos en el espacio público circunvalando o atravesando una serie de fronteras espaciales y simbólicas en la esfera productiva que se articula con la violencia, la discriminación, el dominio, exclusión y presión sobre nuestros cuerpos. La calle, la ciudad, la nación, no termina de ser completamente nuestra. Los movimientos de mujeres y las organizaciones de denuncia contra la violencia, reclaman, por ejemplo, un espacio público en el que seamos ciudadanas plenas que ejercen su derecho a habitar una ciudad, un territorio comunitario, libre de violencia contra las mujeres y las minorías.

Para mostrar cómo operan estas fronteras, abordamos un momento específico de la vida sexual reproductiva: el parto. En él se puede evidenciar la colonización de los cuerpos a través de la construcción y reconstrucción de las fronteras político-patriarcales, institucionales (entorno hospitalario), étnico-cultural y sexual-reproductivo.

Frontera político-patriarcal

Las fronteras que actúan sobre el cuerpo de la mujer —ya sean institucionales, étnico-culturales o sexual-reproductivas— tienen una carga patriarcal y política. Cuando hacemos referencia al patriarcado:

Estamos reconociendo una realidad histórica donde se verifica que los Estados modernos nacieron patriarcales [...]. Desde entonces, las mujeres desafiaron esta limitación reclamando su inclusión plena en la ciudadanía, recusando su confinación al ámbito de lo privado, naturalizado, que invisibilizó el constructo político de la modernidad (Botero y Lozano 2011: 11).

Afirmamos que existen fronteras patriarcales durante el parto porque en su base está el control del cuerpo de las mujeres a través del ejercicio del poder y el disciplinamiento. Ahora bien, las fronteras que actúan sobre el cuerpo también son políticas pues “la ratificación de las alianzas entre el patriarcado y el neocolonialismo han sellado el móvil sexual y racial de la violencia en la reorganización de la economía hegemónica”. Hablamos, entonces, de fronteras políticas porque están ligadas al sistema de producción capitalista. El capitalismo debe controlar todas las fuentes de la fuerza de trabajo, todas las fuentes de riqueza que producen los trabajadores, y el cuerpo de la mujer es la primera fuente pues produce el único proceso que no ha podido ser suplantado por el capital, la reproducción de la vida.

Silvia Federici (2004) afirma que el cuerpo de la mujer es la última frontera del capitalismo y su superación será producir vida por fuera del cuerpo de la mujer. Es la última frontera que no ha sido capaz de vencer. En nuestro sistema social, la mujer empieza a ser vista como una máquina para la producción de fuerza de trabajo, un útero que fabrica futuros obreros. Es así que el control del cuerpo de las mujeres no solo es una cuestión patriarcal, sino también económico política.

Fronteras institucionales

La violencia institucional, en su dimensión estructural, plantea una diferencia irreductible entre los lugares institucionales y los cuerpos que los ocupan. “Estos cuerpos deben ser dóciles, moldeados por el dispositivo disciplinario para poder permanecer en las instituciones. De este modo las instituciones totales cumplen la función de retenerlos entre los muros, rompiendo los lazos con el exterior que los trajo hasta allí” (Vitale *et al.* 2015). En el caso de las mujeres parturientas del Distrito Metropolitano de Quito, se observó que acceden a espacios hospitalarios separados de su contexto social, su zona habitacional y de pertenencia. Esto lo corrobora la obstetra M. C., empleada pública desde hace cuarenta años en la maternidad central de la ciudad de Quito:

Por qué el Ministerio de Salud no fortalece los hospitales de segundo nivel y tercer nivel, con el personal capacitado e idóneo para el parto, para el posparto, para la planificación familiar, en los segundo y tercer nivel, y la detección oportuna en el primer nivel de los riesgos, en la consejería preconcepcional, en concepcional y en el control prenatal, para entregar ya para el parto.

La trabajadora nos comenta que en los centros de salud barriales y locales es donde se deberían atender la mayoría de los partos, pero no tienen estructura médica ni personal de salud para realizar esta tarea.

A la violencia expresada en la diferencia irreducible entre los cuerpos y los lugares institucionales, se le suma el disciplinamiento mediante el encierro, encierro que no solo puede pensarse como castigo, sino como una instancia de internalizar conductas aprendidas en otros dispositivos sociales (Vitale *et al.* 2015). Cuando le preguntamos a M. C. sobre las decisiones que puede tomar la parturienta nos respondió: “No, no, usted entra, como dicen las pacientes: ‘entramos a la puerta de emergencia, nos entregan la ropa los familiares y comienzan el vía crucis’ de ellas, no saben que pasará, incomunicadas por el sistema hospitalario mismo”.

Así lo corrobora Estefanía, una de las madres que dio a luz en la maternidad central de Quito durante 2016: “Una deja todo para entrar, se queda incomunicada, es horrible, una entra solita, solita, y si entras ya no te dejan salir hasta que das a luz. Yo quería saber de mi otro hijo y no tenía cómo. Encontré un baño que daba a la calle y por allí pude hablar dos veces con mi esposo. Me paré en el inodoro y vi a mi hijo Juan del otro lado”.

Estos cuerpos femeninos, dóciles y aislados, como si de una prisión se tratara, están expuestos a formas de violencia médica inverosímiles. El personal médico es el primer testigo silencioso, como relata M. C.:

Yo llegué a ver que en un momento se ponían a dos pacientes en una sola cama. Eso fue trágico porque tú levantabas las sábanas para examinar a la paciente y estaba infectada la una, y estaba infectada la otra. Pero no había donde, en otras palabras, la maternidad no había aprendido a decir “no hay atención”. Entonces se luchó porque se sectorizara a las pacientes y que cada una se atiende su control de embarazo en los centros de salud del sector, pero la resolución para maternidades aún no hay.

Ahora bien, la “disciplina” no puede identificarse ni con una institución ni con un aparato, es “un tipo de poder, una modalidad para ejercerlo, implicando todo un conjunto de instrumentos, técnicas, procedimientos, niveles de aplicación, metas; es una ‘física’ o una ‘anatomía’ del poder, una tecnología” (Foucault en Vitale *et al.* 2015: 259). Dentro de las maternidades y hospitales, este conjunto de herramientas, técnicas

y procedimientos para ejercer disciplinamiento son los que marcan una frontera institucional, tanto simbólica como física, que implica la pérdida de autonomía y decisión de la mujer parturienta sobre su propio proceso de parto.

Al haber atravesado la frontera institucional, existe un acuerdo tácito, así como un acuerdo explícito, de que la mujer en proceso de parto no tendrá injerencia en la toma de decisiones sobre los procedimientos y técnicas que se realizan sobre su cuerpo. Los acuerdos tácitos no se dicen, pero son socialmente aceptados: “Yo pensé que el doctor sabía lo que hacía”, dice una madre de clase alta; mientras que los acuerdos explícitos para ejercer esta violencia son los protocolos, anuncios, afiches, cartas de la dirección pegadas por paredes y puertas, así como la cuestionada firma de ingreso, que descarga de responsabilidad ante posible negligencia médica a la maternidad.

Un ejemplo de ello es la imposición médica de la posición del parto, como nos dice M. C.: “99,9 % las mujeres estamos en la capacidad de dar a luz. Las distocias de parto se presentan porque no le ponen a la paciente en la posición adecuada, por sentido común inclinada o arrodillada, el parto institucional en su protocolo pone que la paciente tiene que estar acostada, que es más comodidad para el médico que para la paciente”.

Dentro de este espacio institucional, la mujer queda expuesta a la violencia, pues esta es una de las herramientas que convierten su cuerpo en dócil. María José, madre y doctora, recuerda:

Te empiezan a tratar mal, a insultar cuando ya te dicen cosas denigrantes como: cuando estabas haciendo el amor era que pienses lo que estabas haciendo, si no te subes a la camilla tu guagua se muere y es tu culpa... o que digan que estás loca, desde cosas tan chiquititas hasta cosas más graves como que te pongan Pitocin para curarte el parto, que te rompan la fuente para que el parto se apure, no sé, que te pongan una vía, que te hagan la maniobra de Kristeller, que es aplastarte la barriga para que salga tu bebe más rápido, que te acuesten en una camilla con las piernas abiertas.

De este modo se reafirma la existencia de una frontera de la institución médica, pues al igual que otras instituciones, cumplen la función de retener entre los muros, rompiendo los lazos con el exterior (Vitale *et al.* 2015: 259). Para el Estado ecuatoriano y el sentido común socialmente construido, este es el único espacio seguro para una gestante en labor de parto, sea cual sea la condición de la madre y su hijo.

Mideros (2014) señala que el “parto institucional” que impulsa el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) no cuenta con suficientes recursos humanos ni con las competencias técnicas para una atención eficaz y respetuosa de la parturienta, el gestante y su familia. En este contexto: “La libre posición y la atención sin

interferencias y de manera natural resultan excepcionales; los tiempos y ritmos de la madre y el bebé son violentados y se imponen las rutinas y protocolos hospitalarios” (2014: 4).

Un ejemplo de los tiempos y rutinas hospitalarias nos la da el mismo personal de salud:

Voy yo con una paciente con parto normal y mi compañero médico va con una paciente con parto normal, como yo ya estoy hecha a eso digo: está con tres de dilatación, le voy a dejar poniendo Pitocin para que vaya avanzando progresivamente y ya estoy una hora, dos horas y así estoy con la paciente. Les digo: “Háganle pasear”, estoy monitorizando a la paciente. El médico dice: “Si en media hora no me da luz yo le hago cesárea”. Es su tiempo es el tiempo de él, no tengo porque esperar yo que la dilatación. Vaya, esa es la verdad, desde la incompreensión del profesional e incluso he visto en la profesional mujer.

Los procedimientos innecesarios que se realizan frecuentemente y son legitimados por esta frontera institucional, incluyen: repetidos tactos vaginales por estudiantes, razuramiento, clases magistrales a internos durante el momento del parto, episiotomías de rutina, la maniobra de Kristeller, ruptura de la fuente para acelerar el proceso, cerrado de piernas minutos antes del alumbramiento, violencia verbal, medicalización, cesáreas innecesarias, entre otros.

Frontera étnico-cultural

En la violencia obstétrica durante el parto, la frontera étnico-cultural opera de manera simbólica. Existe una construcción cultural entorno al parto, esa construcción no considera la diversidad de las mujeres parturientas. Las futuras madres entran a un sistema de salud que, por infraestructura, maneja procesos biomédicos de parto estandarizados. Los sistemas de salud operan sobre cuerpos definidos. De hecho, desde la visión occidentalizada de la medicina, lo que se atienden son cuerpos y no personas con sus subjetividades e identidades.

Según Mideros: “La adaptación cultural de la atención es accesoria y secundaria lo que implica atraer y reclutar parturientas incivilizadas, entre ellas las indígenas, a los centros de salud y maternidades y así lograr disminuir el parto domiciliario, considerado inseguro” (2014: 4).

María José recuerda de su internado médico:

Había una indígena que vino una vez a la maternidad y ella no quería subirse a la camilla, y claro, gritaba y hablaba, quichua o shuar, no sé. Creo era del Oriente, bueno. Nos gritaba y no le entendíamos nada,

obviamente, y no dejaba que nadie se le acerque ni a controlarle ni la presión, nada, nada y estaba como una loba, así defendiéndose y botó todas las colchonetas al piso y se paró ahí, y no dejaba que nadie le toque ni que le dijera nada. Ella quería parir parada, no sé a quien se le ocurrió llevarle a la pobre señora a la maternidad, porque ella no quería, y claro ella quería su posición natural, pero como médicos trataban todos de ponerle en la posición que creían tenía que ser... todo eso te va formando, me fue formando a mí como médico.

Esto genera una pérdida de autonomía, una cosificación de las mujeres que tendrán a sus hijos y la de sus hijos mismos, que son vistos como productos. En una práctica médica donde prima el sistema de salud occidental, se deslegitima el conocimiento ancestral. Las mujeres parturientas, al ser vistas como cosas, carecen de identidad, deben entrar a ese sistema y perderla, es decir, dejar de ser una cosa para convertirse en otra.

La violencia obstétrica durante el parto se da en todo el sistema de salud, hospitales y/o clínicas públicas o privadas de atención al parto. Es en estos espacios donde las mujeres son víctimas de esa construcción cultural del parto que deslegitima su procedencia étnico cultural. Es en estas instituciones de salud donde los simbolismos históricos de violencia se recrean en la práctica médica diaria, pues “la violencia es una realidad histórica, una realidad ontológicamente humana y una actividad socio-culturalmente aprendida” (Franco 1999: 331).

María Isabel Yáñez, que es doula en la ciudad de Quito, nos comenta:

En realidad, todas las mujeres tienen preferencias, el tema no es solo en la parte étnica, sino en todo, todas quieren parir en cuclillas o en forma vertical, no acostadas, porque es un tema fisiológico. Entonces las preferencias son inimaginables no solo por el tema cultural, sino por opciones de vida, por nuestras ideologías, por nuestras creencias, yo creo que cada mujer tiene sus preferencias y eso es lo que hay que respetar.

La frontera étnico-cultural legitima la violencia obstétrica durante el parto. Esta legitimización se da por la aplicación del parto biomédico “entendido como una construcción social” (Vásquez 2011: 16). El parto biomédico incidirá en las reacciones y los sentimientos de la mujer. La mujer entra en un proceso de parto en el que se despoja de su mismidad, entrega su cuerpo —sin identidad— a las manos del médico, porque esto se considera normal, natural y deseable. La parturienta raramente cuestiona al personal de salud, aunque en su interior sí lo haga y le parezca una forma violenta de ser atendida.

En las cartografías del cuerpo, realizadas a un grupo de madres de la ciudad Quito en 2016, se puede entender su sentir en el momento del parto. Desde manifestaciones

físicas hasta expresiones verbales reflejan esta violencia interiorizada: “Recordar es feo”, “sentía desesperanza porque me dicen que no voy a soportar el parto”, “sentía miedo, soledad y preocupación en el corazón”, “tenía ganas de gritar y me aguantaba”, “se siente mucha vergüenza”, “no quería que me vean, que me toquen, que me desnuden”.

María Isabel Yáñez manifiesta al respecto que “muchas mujeres se podrían sentir violentadas [...]. Para otras culturas, el hecho mismo de sacarles el anaco [vestimenta tradicional de mujeres indígenas de Ecuador] implica un poco deshacerte de esa parte tuya y es lo único que te está sosteniendo en un proceso tan delicado, es un poco lo que te toca, desarraigarte de tu ser”.

La construcción social de la violencia obstétrica genera una disgregación de espacios culturales. Lo público y lo privado en atención al parto se traducen en espacios para clases sociales diferenciadas. En ambos se practica la violencia obstétrica: en el espacio privado se oculta bajo la máscara del poder adquisitivo, en el público es naturalizada y además es la herramienta con la que se ejerce el poder y disciplinamiento del cuerpo.

La identidad desvalorizada de las mujeres parturientas es parte del sistema médico de atención al parto, pues se da una relación de alteridad no recíproca entre médicos (hombres o mujeres) y mujeres parturientas. La violencia obstétrica durante el parto “es también la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud que revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer” (Bell 2013).

Con la identidad desvalorizada, se legitiman las prácticas colonizadoras de parto que han sido introducidas en las sociedades conquistadas. Estamos hablando de una aplicación de prácticas médicas o biomédicas, traídas desde afuera, que desplazan o desplazaron conocimientos naturales o ancestrales propios con relación al parto. Ello conlleva olvidar lo propio y tomar como natural el parto medicalizado. De allí que “dialogar en las ciencias sociales desde la frontera es pensar desde el poscolonialismo, proponer un proyecto académico políticamente activo, humanizar el espacio y reconocer las fronteras en cualquier escala” (Spíndola Zago 2016: 22).

Las prácticas ancestrales del parto que promueven el alumbramiento en casa con atención de parteras, son consideradas por la medicina occidental como peligrosas e inapropiadas. Con ello se desconoce la interculturalidad y las diversas formas no occidentales de concebir el parto. La voz de una madre y partera de la ciudad de Otavalo, Martha Arotingo, da cuenta de este tipo de violencia que subordina el conocimiento ancestral a la biomedicina: “Al menos el Ministerio ha dicho que tener un parto en casa es prohibido, entonces para nosotros eso es una violencia”.

El parto en casa y la competencia técnica de parteras y parteros es subestimada o convertida en tabú, a pesar de existir una Política Nacional

de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos que prescribe “potenciar y reconocer la práctica de las parteras dentro de la ley” (MSP 2005: 59). Incluso se cuenta con un Componente Normativo Materno y una Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado (2008), pero las competencias de las parteras no universitarias y el parto domiciliario en Ecuador no gozan de legitimidad, a pesar de que la mayoría de las mujeres indígenas que dan a luz en casa lo hace por costumbre (49 %) y también por desconfianza hacia los servicios de salud (18 %) (según reportes de MSP-UNFPA-FC-AECID 2009) (Mideros 2014: 5).

Rosa Colta, en su relato de vida como partera de la ciudad de Otavalo, explica: “La importancia del parto en la casa es que las costumbres no se pierden, los rituales no se pierden, todo completo y donde debo atender tiene que ser bien limpio y bien estéril, también si es mamá o si es alguien, también tiene que protegerse mucho”.

La propuesta de la antropología médica es considerar, en el proceso de parto, los dos tipos de conocimientos. Es necesario mantener las identidades, con ello las sociedades se empoderan de sus prácticas y revalorizan sus ritualidades y saberes.

No se propone entender a la medicina indígena en un nivel “precientífico” con respecto a la medicina occidental [esta propuesta busca] examinar cómo las concepciones de la enfermedad y de la curación, así como de las instituciones que las ponen en práctica, se integran en el funcionamiento de conjunto (intelectual, social, político) de la sociedad (Albán 2015: 44-45).

Frontera sexual-reproductiva

La frontera sexual-reproductiva es quizás una de las fronteras simbólicas que ha sido más naturalizada e invisibilizada dentro de la violencia obstétrica. Es una construcción cultural e histórica atravesada por factores de género, identidad, etnia, edad, estado civil, económico y político.

El cuerpo de la mujer parturienta es patologizado. Esta concepción se refuerza en la frontera sexual reproductiva que concibe el parto como un proceso de un cuerpo enfermo. Esto sucede especialmente cuando estamos frente a un modelo de parto biomédico que se caracteriza por cuatro funciones principales: curativo-preventiva, normatizadora, de control y de legitimación. Las funciones normatizadora y de control están inevitablemente contenidas en la práctica médica.

Las mujeres son atendidas mediante una medicina occidental que reproduce la lógica de la Modernidad al concebir la salud, además de lo físicamente evidente y de la dolencia, desde esquemas binarios, de los que el más importante es la oposición entre lo “normal” y lo “patológico”. Lo “normal” está descrito desde la cultura europea

occidental y sus modos de vida. Desde la medicina, la realidad es analizada bajo una lógica binaria, en base a oposiciones irreductibles. Maneja una metodología positivista, calculadora, estructurada en rígidos esquemas. Siguiendo esta lógica, los médicos operan un protocolo muy bien definido (González 2012: 24). Por lo tanto, la práctica médica de la medicina occidental es asocial biologicista y ahistórica.

Para la obstetra M. C., “si la paciente viene con la presión arterial alta se descuidaron de eso, están tratando de sacar de la presión arterial alta y, como te explico, se despreocupan que la paciente tenga un trabajo de parto, lo importante es estabilizar; entonces, hay emergencias obstétricas que te impiden hacer los otros procesos naturales espontáneos”. En contraposición a este relato, desde la práctica médica del parto humanizado, un partero y doctor nos comenta:

El parto intervenido, el parto medicalizado, donde se considera el proceso como algo de riesgo y donde se interviene, se invade el proceso y se invade el cuerpo de la mujer con una cantidad de procesos médicos rutinarios, que a la vista de la evidencia científica actual no son necesarios, que no deberían darse y que se siguen dando simplemente por costumbre o por tradición.

Se genera así una clara estandarización en los procedimientos de asistencia al dar a luz. No se toma en cuenta las singularidades de cada caso y no se da libertad para que las mujeres escojan cómo les gustaría parir. El contexto hospitalario se convierte en una fábrica, donde el interés reside en el producto (lenguaje médico de estudiantes y docentes que refiere al bebé), no en el proceso, según evidencia el trabajo de campo:

Se considera que las mujeres son las trabajadoras, cuyas máquinas, sus úteros, requieren control externo por los doctores (gestores), y en el que prima la efectividad, la división del trabajo en tareas, el control del tiempo, de modo que se cosifica a la parturienta y se incorpora a un proceso protocolizado en la que se la despersonaliza (Wohlgemuth 2015: 35).

La frontera sexual-reproductiva produce también una relación asimétrica entre las mujeres y los profesionales de la salud, y que revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer. Sin embargo, la violencia que se ejerce a través de la frontera simbólica sexual-reproductiva también va más allá del trato físico de los cuerpos de las mujeres. Como construcción sociocultural e histórica, los cuerpos de las mujeres socialmente han obedecido a ciertos paradigmas que los posibilitan.

Una sala de parto se convierte en un escenario en donde se presentan toda una serie de concepciones de los cuerpos de las mujeres, su vida sexual y reproductiva. Se produce una especie de recetario que indica lo que se supone que la parturienta debe

hacer, cómo debe “educar” a su cuerpo. Desde los recovecos de la memoria, surgen recuerdos que evidencian este trato. Así, Martha Arotingo, partera y madre, manifiesta:

Cuando estaba ya a punto de... ya en el dolor más fuerte, es que como se tiende a cerrar las piernas. La enfermera dijo: “Abre las piernas, así no has de haber estado cuando estabas con el papá de tu guagua, así, entonces así mismo ahora abre las piernas”. Acá [en Otavalo] me dijeron igual que no esté tomando coladas, que no esté comiendo nada de esas cosas, porque luego primero que me he de engordar y después me ha de dar así como mastitis ni sé qué.

La negación al placer ha sido una constante histórica que la sociedad ha impuesto a las mujeres, porque sus cuerpos son concebidos, tanto física como simbólicamente, para contener y cuidar a otro, y no como espacios de goce y decisión propia. En esa tarea de contención del otro, la mujer se olvida del tiempo para sí y de su propio placer. Tanto su cuerpo como su tiempo se encuentran destinados para el otro. “Es por esto que se ha convertido en el espacio del deber ser, de la dependencia vital y del cautiverio, así es concebido simbólica y socialmente de manera tal que el erotismo queda proscrito a ellas” (Lagarde 1997).

La sexualidad de la mujer es, en cada oportunidad que se puede, satanizada, juzgada, señalada. Estos comentarios son muy comunes para mujeres de cualquier edad, pero mucho más para madres adolescentes, cuya vida sexual es el tema de comentarios más recurrentes durante el parto. Hacen que se sientan avergonzadas de sí y de sus cuerpos. María Belén nos lo reafirma: “Yo fui madre adolescente, desde mi familia hasta las doctores me tacharon de puta”.

Así, la violencia queda oculta bajo protocolos y rutinas institucionales que legitiman una serie de concepciones sociales sobre el cuerpo femenino, basados en criterios biomédicos de higiene y patologización. El cuerpo se ha convertido en la mediación por la que se fijan significaciones de las formas de ser y estar en sociedad.

Conclusiones

Las fronteras no geográficas evidencian otras formas de colonización de los cuerpos sexuados, que tienen impactos físicos y reales sobre el reflejo de la realidad existente. Estas fronteras demarcan una serie de límites socialmente construidos, que marcan sobre nuestros cuerpos la distinción entre lo público y lo privado, entre lo productivo y lo reproductivo, entre lo femenino y masculino. El espacio social sigue siendo para nosotras un territorio en disputa.

Una experiencia vital que solamente puedan vivir las mujeres demuestra cómo estas fronteras actúan sobre su cuerpo y lo convierten en sujeto fronterizo: el parto.

Si asumimos que los Estados modernos nacen social, económica y políticamente patriarcales, una de sus bases es el control de los cuerpos femeninos, pues somos la fuente de la reproducción, único peldaño que el capitalismo no alcanza a sustituir para la producción económica.

Las fronteras institucionales pueden ser, en cierta medida, geográficamente identificadas, pero su mayor agencia se da desde lo simbólico a través del disciplinamiento de cuerpos femeninos dóciles dentro de sus límites de acción. En el caso de los hospitales y maternidades estas formas de disciplinamiento y ejercicio del poder se legitiman en técnicas, protocolos, rutinas institucionales que convierten en ley la pérdida de autonomía y capacidad de decisión de la parturienta.

Los protocolos institucionales crean por sí mismos nuevas fronteras. El análisis de la frontera étnico-cultural determina que la mujer parturienta es considerada dentro de un protocolo único a seguir y dentro del sistema de salud, que no permite la pertinencia sociocultural del parto. Es decir, la parturienta primero deja de ser persona portadora de identidad y pertenencia cultural y luego se convierte en un objeto enfermo (mujer parturienta). Por ello, afirmamos se les impone adquirir identidades que no les pertenecen, desde el uso de miedo como herramienta de coerción, pues se naturaliza al parto como un proceso simple y necesariamente doloroso que necesita una cura médica.

Esta frontera las convierte en máquinas reproductoras de un solo modelo identitario. Las identidades de las mujeres son indiferentes para los centros de salud que atienden partos. Las mujeres parturientas están obligadas a desconocer su propio cuerpo y negar sus derechos de diversidad, así como de información oportuna sobre sus partos.

La frontera étnico-cultural afirma el ejercicio de la violencia obstétrica de manera simbólica. La deslegitimación de las mujeres parturientas se da como parte de una cultura en la que se niegan sus derechos. Esta deslegitimación hace que los procesos de partos de las mujeres sean traumáticos y no denunciados.

Las fronteras simbólicas de la violencia obstétrica existen y actúan de forma profunda, constante e imperceptible sobre las mujeres, desde una construcción social, cultural, política, moral e histórica de los cuerpos femeninos. En ese sentido, la frontera sexual-reproductiva evidencia una forma de disciplinar, normar, etiquetar y controlar en la que se reafirman los cuerpos sexuados mediante la patologización de los mismos.

Nuestro cuerpo importa. Es fundamental para el capitalismo patriarcal, pues es el único que asegura la reproducción, necesaria para la producción y mantenimiento del mismo. Por ello, las fronteras simbólicas operan con toda su fuerza sobre el cuerpo que pare, para convertirlo en un cuerpo enfermo, dócil, disciplinable y sumiso.

Que parir sin dolor se sume a nuestras luchas hechas cuerpo.

Referencias citadas

- Albán, Amílcar. 2015. “Sistema médico indígena entre los kichwas amazónicos: prácticas tradicionales e interculturalidad”. Tesis de licenciatura en Antropología. PUCE-Quito.
- Bell, Laura Florencia. 2013. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética*. 1(7): 25-34.
- Botero, Ángela e Inmaculada Lozano. 2011. *Tras el espejo del capitalismo global: violencia sexual al otro lado: el cuerpo visible*. Madrid: ACSUR-Las Segovias.
- CNME. 2017. *Contribución conjunta para el examen del Comité de Derechos del Niño*. Quito: Coalición Nacional de Mujeres del Ecuador.
- Díaz Bernal, Zoe, Tania Aguilar Guerra y Xiomara Linares Martín. 2015. La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana Salud Pública*. 41(4): 655-665.
- Federici, Silvia. 2004. *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Franco, Saúl. 1999. La violencia en la sociedad actual. *Archivo Argentino de Pediatría*. 97(5): 330-336.
- González, María José. 2012. “Salud e interculturalidad en el Ecuador, ¿el concepto de salud intercultural abre espacios a una práctica médica alternativa? Estudio práctico en la sección de ginecobstetricia para adolescentes en el Hospital Isidro Ayora de Quito”. Tesis de licenciatura en Sociología. PUCE-Quito.
- Gregorio Gil, Carmen. 2009. Mujeres inmigrantes: colonizando sus cuerpos mediante fronteras procreativas, étnico culturales, sexuales y reproductivas. *Viento Sur*. (104): 42-54.
- Huerta Benze, Leticia. 2015. La antropología médica y la medicina social: dos dimensiones necesarias para abordar los temas de salud y enfermedad. *Ciencia UANL*. 18(71): s. n.
- Lagarde, Marcela. 1997. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México DF: UNAM.
- Mideros, Raúl. 2014. *Pariendo como indias: el don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas*. Quito: UASB.
- Spíndola Zago, Octavio. 2016. Espacio, territorio y territorialidad: una aproximación teórica a la frontera. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 61(228): 27-55.
- Vásquez, Mónica. 2011. “Pluralismo médico y parto biomédico en la maternidad Isidro Ayora de Quito”. Tesis de maestría en Ciencias Sociales. FLACSO-Ecuador.

- Vitale, Nora Beatriz, Cecilia Travnik y Adrián Aníbal Maiello. 2015. "Violencia institucional y subjetividad: sexualidad y control de los cuerpos en los centros socioeducativos de régimen cerrado". En: VV. AA., *Memorias: VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, tomo 1, pp. 259-260. Universidad de Buenos Aires-Facultad de Psicología.
- Wohlgemuth, María Victoria. 2015. *El parto: un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica*. Quito: USFQ.

Listado de entrevistas

- Martha Arotingo, 28 de noviembre de 2016. Entrevistadora: Nataly Carrillo.
- Rosa Colta, 27 de noviembre de 2016. Entrevistadora: Nataly Carrillo.
- María Isabel Yáñez, 21 de noviembre de 2016. Entrevistadora: Jessica Rosales.