

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



<https://www.flacsoandes.edu.ec/libros>
<https://asociacionlatinoamericanadeantropologia.net/portal/>
<http://abyayala.org.ec>

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

La medicina en la normalización de los cuerpos

SILVIA LORENA CASTELLANOS RODRÍGUEZ¹¹⁸

Introducción

De acuerdo a Foucault (2007: 6), la medicina se ha caracterizado por el ejercicio de un poder no controlado sobre los cuerpos, la salud, la vida y la muerte de las personas. Es una disciplina que a través de prácticas, discursos y acción institucional ejerce un poder autoritativo que clasifica, controla y normaliza los cuerpos y las poblaciones. Las prácticas, discursos y acción institucional de la medicina actúan como dispositivos de saber-poder, que construyen y legitiman determinadas representaciones del cuerpo. Su efectividad radica en que son planteadas como “la verdad”, debido a su estatus científico o porque son formulados por personas calificadas dentro de una institución científica, como es el caso de la medicina, las instituciones de salud y los médicos, todos ellos respaldados por el Estado.

Las prácticas, discursos y acción institucional de la medicina construyen un cuerpo normal o más bien normalizado, es decir, un cuerpo en donde ejercen un poder productivo, se encarnan y materializan. Estas ejercen un biopoder o más específicamente un “somatopoder” sobre el cuerpo de recién nacidos, niñas/os adolescentes, jóvenes, personas adultas y adultas mayores, quienes deben adecuarse a sus indicadores biológicos de normalidad, so pena de ser excluidos, estigmatizados o patologizados.

Por esta razón, en el presente trabajo, mediante un acercamiento etnográfico al Centro de Salud de Llano Chico —una parroquia rural de la ciudad de Quito—, se pretende abordar la normalización como un proceso y la normalidad como

118 Máster en Ciencias Sociales mención en Género y Desarrollo (FLACSO-Ecuador), máster en Salud Pública (Universidad San Francisco de Quito) e investigadora adjunta del Departamento de Sociología y Estudios de Género en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Ecuador.

una categoría construida por las prácticas, discursos y acción institucional de la disciplina médica.

La construcción del cuerpo como ámbito de la vivencia humana

El cuerpo no es un dato tampoco un hecho dado, es una construcción social, histórica y cultural, aunque la oposición entre naturaleza y cultura heredada del dualismo cartesiano y de la sociología clásica, mantuvo al cuerpo por mucho tiempo alejado de los estudios de las ciencias sociales y humanas (Martínez Barreiro 2004: 128). No fue sino hasta el siglo XX que la historia y la antropología influyeron en la legitimización del cuerpo como objeto de estudio social. Dentro de los estudios históricos, destacan los códigos de civilidad que contribuyeron en la comprensión del cuerpo como una construcción de la modernidad. La obra de Norbert Elías ([1939]1987), por ejemplo, plantea la forma en la que el proceso civilizatorio se encarna en el cuerpo, es decir, la forma en la que dicho proceso implicó el control del cuerpo, sus instintos y pasiones. Dentro de los estudios antropológicos se encuentra en primer lugar los aportes de David Le Breton (2002), en relación a la construcción simbólica del cuerpo en las sociedades modernas occidentales, específicamente las implicaciones de las estructuras de individualización que transformaron “al cuerpo en el recinto del sujeto, el lugar de sus límites y de su libertad, el objeto privilegiado de una elaboración y de una voluntad de dominio” (2002: 14). Por su lado Marcel Mauss (1979) con una metodología que va de lo concreto a lo abstracto, estableció su teoría de las técnicas corporales; el autor habla de técnicas corporales para “expresar la forma en que los hombres, sociedad por sociedad, hacen uso de su cuerpo en una forma tradicional” (1979: 337). De acuerdo a Martínez Barreiro, “estas técnicas corporales son un medio importante para la socialización de los individuos en la cultura; a través de ellas y de su cuerpo, un individuo llega a conocer una cultura y a vivir en ella” (2004: 129). La forma de caminar, comer, nadar, marchar constituye una idiosincrasia social y no son solo resultado de un estilo personal o de mecanismos puramente individuales o únicamente físicos (Mauss 1979: 339).

Mary Douglas (1970) utiliza el cuerpo como metáfora de la sociedad afirmando la existencia de dos cuerpos: el social y el físico. Si bien existe una diferenciación entre ambos cuerpos, para Douglas el cuerpo físico no es precisamente un ámbito de la biología. La autora afirma que el cuerpo social condiciona el modo en que percibimos el cuerpo físico, de tal forma que la experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuáles lo conocemos mantiene a su vez una determinada visión de la sociedad (1970: 89). La situación social se impone en el cuerpo y lo ciñe a actuar de formas concretas, así, el cuerpo se convierte en un “símbolo de la situación” (Martínez Barreiro 2004: 130). Por lo tanto, el estudio del cuerpo, sus características, especificidades, potencialidades,

debilidades, procesos de salud y enfermedad nos remiten a las condiciones sociales en los que este está inscrito.

Construcción de la normalidad y la normalización del cuerpo

En el paradigma foucaultiano, “el cuerpo pasó a ser el sitio de inscripción y disputa de una microfísica del poder históricamente situada y ya no un mero símbolo de la estructura social general” (Citro 2009: 31). Este ya no representa únicamente el contexto en el que está inscrito, también es producto de las tecnologías de poder centradas en él:

Esta nueva mecánica de poder se apoya más sobre los cuerpos y sobre lo que estos hacen que sobre la tierra y sus productos. Es una mecánica de poder que permite extraer de los cuerpos tiempo y trabajo más que bienes y riqueza. Es un tipo de poder que se ejerce incesantemente a través de la vigilancia y no de una forma discontinua por medio de sistemas de impuestos y de obligaciones distribuidas en el tiempo; supone más una cuadrícula compacta de coacciones materiales que la existencia física de un soberano; y en fin, se apoya en el principio según el cual una verdadera y específica nueva economía del poder tiene que lograr hacer crecer constantemente las fuerzas sometidas y la fuerza y la eficacia de quien las somete (Foucault 1992: 149).

En contraste con las sociedades disciplinarias, el cuerpo ya no es marcado, es domado y corregido; su tiempo es medido y plenamente utilizado; sus fuerzas se aplican continuamente al trabajo; la forma-prisión de la penalidad se transforma a la forma-salario del trabajo (Foucault 1993: 31). Esta nueva mecánica de poder, que Foucault llamó biopoder, se expresó en primer lugar en lo que llamó anatomopolítica, una técnica de poder centrada en el cuerpo individual. Ese poder se orientó al cuidado, adiestramiento y fortalecimiento físico de los cuerpos de tal forma que fueran dóciles y útiles a la acumulación del capital.

Además la anatomopolítica incluye todos aquellos dispositivos y estrategias que buscan corregir, estandarizar y gestionar las conductas y desviaciones de los cuerpos vivos a nivel individual (Bacarlett Pérez y Lechuga de la Cruz 2016: 79). La preocupación de la segunda forma de biopoder, es decir, la biopolítica, es producir saberes con el fin de contribuir al control y normalización del cuerpo especie, es decir, la humanidad. Es así como el interés transitó de la biología del cuerpo a procesos biológicos de las poblaciones como la natalidad, morbilidad, mortalidad, longevidad, etc.

En ese contexto se instaura una medicina cuya función principal es la higiene pública, que cuenta con organismos que coordinan y centralizan las curas médicas,

hacen circular información, normalizan el saber, realizan campañas para difundir la higiene y trabajan por la medicalización de la población (Foucault 1999: 252). Una medicina que según Foucault es criticada porque comienza a ejercer un poder no controlado sobre los cuerpos, su salud, su vida y su muerte (Foucault 2007: 6). Un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo (Foucault 1993: 49).

Este poder instaurado en la disciplina médica funciona a través del saber, que clasifica, controla y normaliza los cuerpos y las poblaciones. Así, los discursos médicos actúan como dispositivos de saber/ poder que construyen y legitiman determinadas representaciones del cuerpo. Su efectividad radica en que son planteados como discursos de verdad debido a su estatus científico o porque son formulados por personas calificadas dentro de una institución científica, como es el caso de la medicina, las instituciones de salud y los médicos. De acuerdo a Foucault, estos discursos tienen la función de normalización:

En realidad las disciplinas tienen su discurso. Son, por las razones que decía antes, creadoras de aparatos de saber y de múltiples dominaciones de conocimiento. Son extraordinariamente inventivas en el orden de los aparatos que forman saber y conocimientos. Las disciplinas son portadoras de un discurso, pero este no puede ser el del derecho; el discurso de las disciplinas es extraño al de la ley, al de la regla efecto de la voluntad soberana. Las disciplinas conllevarán un discurso que será el de la regla, no el de la regla jurídica derivada de la soberanía, sino el de la regla natural, es decir, el de la norma. Definirán un código que no será el de la ley sino el de la normalización, se referirán a un horizonte teórico que no serán las construcciones del derecho, sino el campo de las ciencias humanas, y su jurisprudencia será la de un saber clínico (Foucault 1979: 151).

Así, el discurso predominante de la medicina sus instituciones y agentes es el de la normalidad y la normalización. La sociedad que edifican a través de sus discursos es la sociedad de la norma, cuyo propósito es construir y reconstruir la normalidad: “Los médicos han inventado una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad” (Foucault 1993: 49).

El discurso de la normalidad es normativo y normalizador, “la norma fija lo normal a partir de una decisión normativa” (Canguilhem 1986: 193), es decir, no solamente funciona como norma, sino que es una práctica reguladora que construye lo normal. La fuerza reguladora de la norma se manifiesta como una especie de poder productivo, el poder de producir —demarkar, circunscribir, diferenciar— los cuerpos que controla (Butler 2002: 18). De este modo, la normalidad se materializa en los cuerpos a través de prácticas reguladas y reguladoras.



“Lo propio de un objeto o de un hecho llamado “normal”, por referencia a una norma externa o immanente, consiste en poder ser, a su vez, tomado como referencia para objetos o hechos que todavía esperan poder ser llamados tales. Por lo tanto, lo normal es al mismo tiempo la extensión y la exhibición de la norma” (Canguilhem 1986: 186). Lo normal también es demarcatorio “requiere pues fuera de sí, junto a sí y contra sí todo aquello que todavía se le escapa” (Canguilhem 1986: 186). Estos límites demarcados o definidos contienen dentro a los que y lo que se adecua a la norma, pero a la vez instalan lo que Foucault (1993: 7) llama un “sistema de transgresión”, que es el espacio que ocupan aquellos o aquello ubicados fuera de dichos límites. La norma que normaliza, califica negativamente los que o lo que no cumple con los parámetros que establece.

Por lo tanto, además de construir lo normal, la norma construye lo anormal de todo aquello que la referencia a ella prohíbe considerar como normal (Canguilhem 1986: 187). Es decir, los cuerpos deficitarios que no alcanzan la norma son patologizados, considerados anormales o discapacitados y son sujetos de intervención profesional “normalizadora”. Por lo tanto, si lo normal es producto del proyecto normativo de la norma, lo anormal es la negación a la corrección, la resistencia a la norma. Además, la existencia previa de lo anormal es lo que genera el proceso de normalización. Así pues, tanto la normalidad como la anormalidad son construcciones sociales producto de relaciones de poder, no son conceptos que den cuenta de la naturaleza o la biología.

Estos procesos de normalización son reafirmados con la sanción, que es parte intrínseca de la norma, ya que “la regla solo comienza a ser regla cuando arregla y esta función de corrección surge de la infracción misma” (Canguilhem 1986: 188). Es así que, luego de establecer los estándares de normalidad, la medicina ejerce su poder autoritario y sus funciones normalizadoras en los sujetos que no responden a los parámetros establecidos mediante diferentes dispositivos, uno de ellos son los formularios que componen la Historia Clínica Unificada (HCU) de lo cual se hablará en el siguiente apartado.

Los formularios como dispositivos de normalización

De acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MSP 2012b: 61), en los centros de atención del Sistema Nacional de Salud del Ecuador (SNS), se proveen servicios de salud integrales e integrados que responden al perfil epidemiológico y a las necesidades del ciclo de vida de la población. Dentro del conjunto de prestaciones por ciclo de vida se encuentran actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, definidas en las diferentes normas de atención elaboradas por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Pero debido a que todo lo establecido en las normas se instrumentaliza en los distintos formularios que forman la HCU, son realmente estos formularios el principal dispositivo de disciplinamiento, normalización y regulación

de la atención en los establecimientos de salud. Así, las normas que están en el papel se hacen presentes en el consultorio médico y en todos los establecimientos del SNS a través de los formularios.

Los formularios de la HCU son los que realmente configuran la atención en salud, es decir, los que definen el protocolo que el personal sanitario debe seguir, convirtiéndose en dispositivos de disciplinamiento y de autodisciplinamiento tanto para el personal sanitario como para los usuarios del SNS, quienes deben adaptarse a los estándares de normalidad construidos por dichos documentos.

El Centro de Salud de Llano Chico es un establecimiento tipo “A” del primer nivel de atención, que brinda sus servicios a una población de un poco más de diez mil habitantes. Dentro de las prestaciones que se ofrecen se encuentran actividades de promoción y prevención de salud, atención médica, atención odontológica, atención obstétrica y cuidados paliativos en las modalidades intra y extramural; además, brinda servicio de enfermería, de farmacia y de estadística. Con el propósito de mirar la forma en que la medicina construye cuerpos normales de niños y niñas usuarios/as del Centro de Salud, realicé una etnografía, en el primer trimestre de 2017, usando la etnoconsulta como una de las técnicas metodológicas de la presente investigación. Fue así que, luego de las autorizaciones pertinentes, pude estar presente en 64 citas médicas. Del total de las consultas que presencié, el 33 % fueron por emergencia, el 30 % fueron citas programadas por diversas patologías, el 14 % por control de niño sano, el 12 % por control de enfermedades crónicas y el 11 % por control semestral de niños y niñas beneficiarias/os del Programa Creciendo con Nuestros Hijos, del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

La atención en el Centro de Salud de Llano Chico comienza con la toma de las medidas antropométricas de usuarios/as. Estos datos son tomados por la enfermera antes que el o la paciente entre al consultorio médico. Para que los datos puedan ser utilizados como un elemento predictivo del estado nutricional y del crecimiento normal de niños y niñas, las mediciones deben ser realizadas de una forma específica, por lo que el MSP (2012a) ha elaborado un manual para normar el procedimiento de toma de medidas antropométricas. Estas medidas son de vital importancia en la atención de la salud, porque los datos que arrojan determinan si el niño o niña se encuentran dentro de los parámetros que, tanto el MSP como la Organización Mundial de la Salud (OMS), determinan como normales. Así, las personas que realizan los procedimientos de antropometría deben hacerlo en forma meticulosa, ajustándose a los lineamientos del manual. Durante mi período de observación a las consultas médicas, la única persona que tomó los signos vitales y las medidas antropométricas fue la enfermera del Centro de Salud. Ella realizaba dichas mediciones en un espacio pequeño dispuesto para la preparación del paciente, entre la sala de espera y el consultorio donde realicé las etnoconsultas.

Luego de que la enfermera talla y pesa a los menores de diez años y mide además el perímetro cefálico de los menores de dos, estos datos son registrados en los diferentes formularios que contienen las curvas de crecimiento. En el caso de las niñas menores de 5 años, se registra en el SNS-MSP/HCU form.028A1/2009; en el caso de los niños menores de 5 años, en el SNS-MSP/HCU form.028A2/2009; para las niñas entre 5 y 10 años, en el SNS-MSP/HCU form.028A3/2009 y para los niños entre 5 y 10 años, en el SNS-MSP/HCU form.028A4/2009. Estas curvas son patrones de crecimiento elaborados por la OMS a partir de modelos y proyecciones matemáticas sobre poblaciones normales. Para elaborar las actuales curvas de crecimiento, la OMS utilizó el método *box-cox-power-exponential*, con suavizamiento de curvas mediante *splines* cúbicos, el cual se adapta a diversos tipos de distribuciones, ya sean normales, asimétricas o con *curtosis* (OMS 2006: 2). Las curvas actuales fueron desarrolladas a partir de una muestra proveniente de seis países: Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los Estados Unidos (OMS 2006: 3).

El Estudio Multicéntrico de Referencias de Crecimiento (EMRC) de la OMS fue diseñado para proveer datos que describan la forma en que los niños “deben” crecer, a través de incluir entre los criterios de selección para la muestra del estudio, ciertas recomendaciones sobre prácticas de salud (por ejemplo: lactancia materna, recibir el mínimo de cuidados pediátricos y no fumar). El estudio dio seguimiento a niños nacidos a término desde el nacimiento hasta los 2 años de edad, con observaciones frecuentes en las primeras semanas de vida. Otro grupo de niños, de 18 a 71 meses de edad, fueron medidos una vez; luego, se combinaron los datos de las dos muestras para crear los estándares de crecimiento desde el nacimiento hasta los 5 años de vida. Con la inclusión de niños que recibían alimentación y cuidados recomendados provenientes de varios países, el EMRC resultó en *estándares prescriptivos para crecimiento normal*, lo cual es diferente de unas simples referencias descriptivas. Los nuevos estándares demuestran el crecimiento que puede ser alcanzado con la alimentación y cuidados de salud recomendados (*e. g.* inmunización, cuidado durante la enfermedad). Los estándares pueden ser aplicados en todo el mundo, ya que el estudio demostró también que los niños de todas partes crecen con patrones similares cuando llenan sus necesidades de salud, nutrición y cuidados (OMS 2006: 3).

Como el párrafo anterior lo indica, las curvas actualizadas de la OMS establecen parámetros prescriptivos y no únicamente descriptivos del crecimiento normal, es decir, la talla para la edad, el peso para la edad, la longitud para la talla y el índice de masa corporal (IMC) para la edad que niños y niñas deben tener. Además, debido a que fueron elaboradas a partir de una muestra proveniente de seis países, se pretende también que dichos patrones de normalidad sean aplicados en cualquier lugar del mundo.

La OMS (2006: 6) define a sus nuevos patrones de crecimiento como una herramienta técnicamente robusta y científicamente sólida, pero el que sean datos prescriptivos y no descriptivos, refleja una intencionalidad en ellos. La intencionalidad es establecer

parámetros para construir una población normal. Lo normal se encuentra dentro de los parámetros establecidos y lo anormal fuera de ellos, pero la norma es socialmente construida. Los individuos no son escogidos al azar, son escogidos de acuerdo a ciertos parámetros y con una clara intencionalidad de construir un tipo específico de población. La misma OMS afirma que el estudio “tiene la peculiaridad de que fue concebido específicamente para elaborar un patrón seleccionando a niños saludables que vivieran en condiciones favorables para que los niños (del mundo) alcancen plenamente su potencial genético de crecimiento” (2006: 2).

El cuadro a continuación plantea la interpretación de la OMS (2008: 14) de los indicadores de crecimiento de una niña o niño con respecto a las puntuaciones Z en términos de problemas de crecimiento. Las mediciones que se encuentran dentro de los valores representados por los recuadros sombreados, están en el rango “normal”.

Puntuaciones Z	Indicadores de crecimiento			
	Longitud/talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud/talla	IMC para la edad
Por encima de 3	Puede indicar presencia de desórdenes endócrinos	Probabilidad de problema de crecimiento. Ver otros indicadores como peso para talla o IMC para edad.	Obeso	Obeso
Por encima de 2			Sobrepeso	Sobrepeso
Por encima de 1			Posible riesgo de sobrepeso	Posible riesgo de sobrepeso
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	Baja talla	Bajo peso	Emaciado	Emaciado
Por debajo de -3	Baja talla severa	Bajo peso severo	Severamente emaciado	Severamente emaciado

Tabla 1. Interpretación de las curvas de crecimiento de acuerdo a la OMS (2008).

Se observa que la OMS no solamente establece los indicadores prescriptivos de crecimiento “normal”, sino también la forma de interpretarlos. En el Ecuador, dichos indicadores y su interpretación es adoptada en forma acrítica por el MSP, sus instituciones, agentes y documentos, tal y como puede verse en los documentos oficiales (MSP 2011a, 2011b, 2012a).

A través de las normas y sus formularios se observa en forma evidente el ejercicio de un poder sobre el cuerpo. Es un saber-poder que lo construye, lo cambia y lo

adecua a los parámetros de lo normal, descartando así que su representación sea únicamente genética o biológica. Foucault lo describe magistralmente cuando afirma que “las relaciones de poder pueden penetrar materialmente en el espesor mismo de los cuerpos” (1979: 156). Así, las relaciones de poder que se establecen desde el saber de la disciplina médica, sus instituciones, agentes y discursos, atraviesan los cuerpos, moldeando la carne, los músculos, los huesos, los órganos, la grasa corporal, la apariencia, los rasgos, los deseos, las expectativas, las conductas, las prácticas, las relaciones, los aprendizajes, los conocimientos, la sexualidad y hasta la identidad. Este poder actúa también desde dentro del sujeto, “si el poder hace blanco en el cuerpo no es porque haya sido con anterioridad interiorizado en la conciencia de las personas, es porque existe una red de biopoder, de somato-poder... en el interior de la cual nos reconocemos y nos perdemos a la vez” (1979: 156).

En el ejercicio del biopoder o el somatopoder, la normalidad se establece como tipología construida a partir de datos estadísticos que luego se instala como valor social a ser alcanzado. De acuerdo a Vallejo (2009: 106) este doble carácter de la normalidad le confiere la capacidad de ser normativa, de ser la expresión de las exigencias colectivas, cuya desviación es sancionada con el mandato de la corrección, la sanción moral o penal. Así, luego de establecer los estándares de normalidad, la medicina ejerce su poder autoritario y sus funciones normalizadoras en los sujetos que no responden a los parámetros establecidos.

Ese es el caso de Paula, una niña de dos años siete meses que asiste a un Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV). Ella fue remitida por las autoridades del CIBV a consulta médica al Centro de Salud de Llano Chico porque sus indicadores de crecimiento no estaban dentro de los parámetros “normales”. Paula llegó al Centro en la mañana del 21 de abril, acompañada de sus padres. Ya en el consultorio, el médico miró la HCU de Paula y dijo lo siguiente:

Paula tiene un problema de baja talla. Nosotros trabajamos con estas tablitas [muestra las curvas de crecimiento]. El peso de Paula está dentro de lo normal, pero la talla es de 82 cm, ella está más abajo del percentil 25 y como ella viene arrastrando este problema desde hace seis meses, esta situación se vuelve en algo crónico, entonces le vamos a mandar al pediatra. Igual le mandamos los exámenes para que se los lleven al pediatra (cuaderno de campo, 21 de abril de 2017).

Los padres de Paula palidecen al escuchar al médico y comienzan a buscar las posibles causas de su condición:

Papá: ¿por qué cree que se esté dando este tema? Yo lo que me he dado cuenta que a ella le encanta la sopa, yo no vivo con la mamá.

Médico: esto tiene que ver con la alimentación. En las sopas al hervir pierden los nutrientes.

Mamá: a ella le gusta el brócoli.

Médico: cambiar la dieta, preferiblemente que coma el segundo (el plato fuerte), jugos, carne. Lo que necesitamos es hierro que se encuentra en las carnes rojas. El medicamento para desparasitación ya se los dimos, las *chispaz*¹¹⁹ también.

Mamá: yo tenía problema con la progesterona cuando estuve embarazada.

Médico: puede ser problema de las hormonas, ya le mando exámenes para eso (cuaderno de campo, 21 de abril de 2017).

Además de la preocupación y la intriga, se observa que los padres de Paula comienzan a culparse y a buscar en ellos mismos las causas de la baja talla de su hija, por ejemplo, que el padre no viva con la madre o que la madre haya tenido problemas hormonales en el embarazo. Se remite a Paula al médico especialista y se le prescriben exámenes para encontrar la causa de su “desviación de la norma” y establecer científicamente las correcciones a las mismas.

A pesar que en las “Normas de atención integral” (MSP 2011: 24) demandan del personal de salud fomentar prácticas y hábitos alimenticios, los 15 minutos de consulta establecidos para las instituciones de primer nivel (MSP 2013: cap. 7-art. 8), resultan insuficientes para realizar esa y otras actividades. Por otro lado, debido a que la condición de Paula es considerada como una “desnutrición crónica”, el médico del Centro de Salud la refiere al pediatra y toma solo unos minutos para aconsejar a sus padres sobre la alimentación de su hija. “Cambiar la dieta... lo que necesitamos es hierro que se encuentra en las carnes rojas” (cuaderno de campo, 21 de abril de 2017). En el caso de Paula, el interés del médico no es fomentar hábitos alimenticios saludables en sus padres, sino paliar una situación considerada ya una patología sujeta a intervención médica. Además, al remitir a Paula al pediatra, su caso sale de su competencia y de su responsabilidad, por lo que no existe un seguimiento al asunto.

Otro de los muchos casos en los que se observa corrección a la desviación de la normalidad fue el de un adolescente de once años con tres meses que llegó a la consulta el 25 de abril acompañado de su abuela. El motivo de la consulta era revisar, junto con el médico del Centro de Salud, los resultados de unos exámenes realizados con anterioridad. Al observar la curva de crecimiento del adolescente, el médico expresa: “La talla está bien, pero el peso está bajo, tiene que aumentar cinco kilos para estar en el peso ideal. Los exámenes están bien, pero tiene que engordar, además lo vamos a desparasitar” (cuaderno de campo, 25 de abril de 2017).

Al comparar las medidas antropométricas del adolescente con los patrones de crecimiento de la OMS, el médico del Centro de Salud encuentra un déficit que debe ser corregido, ya que estos no se ubican en el rango que define la normalidad. Ahora

119 Micronutrientes en polvo para evitar la anemia y desnutrición.

bien, estos rangos de normalidad —llámense media, mediana o promedio— no son descripciones objetivas de hechos dados, sino datos social, cultural e históricamente construidos, porque se realizan a partir de una población con características específicas con el propósito de proyectarlas a nivel mundial. La recomendación del médico del Centro de Salud para que el adolescente aumente de peso no es una opinión personal, refleja el interés de la disciplina médica de homogenizar a la población a través de sus diferentes dispositivos y estrategias. Así, el peso del adolescente, que no concuerda con los parámetros que la OMS ha establecido para construir una población “normal”, debe ser ajustado. Se evidencia, por tanto, una clara intencionalidad de construir una población con características específicas, una población “promedio”,¹²⁰ cuyos indicadores —en este caso antropométricos— se encuentren en donde está la mayoría de las observaciones realizadas, es decir: a ± 1 .

Caso similar fue el de una madre que llegó por un control al Centro de Salud con una niña y un niño mellizos, de tres años siete meses. Los dos tenían talla baja, pero la niña tenía además bajo peso. Lo siguiente fue lo que escribí en mi cuaderno de campo cuando la madre informó al médico del Centro de Salud que los niños eran mellizos y prematuros:

El médico del Centro de Salud no había notado que los niños eran mellizos, cuando se enteró que eran prematuros dijo a la madre: “Los niñitos prematuros que nacen con bajo peso demoran en alcanzar la talla de niños normales”. La hemoglobina del niño está en 14, no tiene anemia, la de la niña en 12, tampoco tiene anemia. Estas curvas [mostrando las curvas de crecimiento] nos sirven para ver cómo está el crecimiento de nuestros hijos. Todo lo que se encuentra entre 2 y -2 está dentro de lo normal. El niño está bien de peso, pero bajo en talla, la niña tiene bajo peso y baja talla. Pero igual les vamos a mandar los exámenes a los dos (cuaderno de campo, 27 de abril de 2017).

Se observa que a los individuos que no se ajustan a la norma se les corrige utilizando “el examen” que en este caso son exámenes médicos, como una estrategia de normalización y de ejercicio del saber-poder de la medicina. De acuerdo a Foucault (1993: 75), “el examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder”.

La utilización de los exámenes médicos como único elemento de diagnóstico, refleja las limitaciones de la mirada biomédica, que no considera la dimensión humana en la enfermedad, es decir, los elementos biográficos, sociales, económicos y culturales

120 Este promedio es referido a la población mundial, pero en el Ecuador, se utilizan las curvas modificadas de la OMS.

de usuarios y usuarias del Centro de Salud, privilegiando los aspectos orgánicos. La formación del médico le dificulta observar las desigualdades socioeconómicas y culturales encarnadas en los cuerpos, enfocándose en el mecanismo corporal que se hace evidente en los exámenes médicos. De esta forma, la enfermedad no es percibida ni tratada como el efecto de la interacción de la persona con su contexto específico, sino como una falla en el funcionamiento orgánico. Además, cuando aparecen aspectos personales en la consulta médica, estos son ignorados o asumidos en forma anecdótica.

Por otro lado, el biopoder que se ejerce sobre los cuerpos actúa también desde dentro del sujeto, como una forma de autodisciplinamiento, como una tecnología del yo que se evidencia en los esfuerzos por cumplir los estándares de normalidad establecidos. Así, muchas mujeres asisten al Centro de Salud como un mecanismo de autodisciplinamiento, para “hacerles normales” a sus hijos y adecuarlos a la norma. A continuación, transcribo la conversación entre médico del Centro de Salud y una madre que asistía con su hija de un año para saber si sus medidas se hallaban dentro de los parámetros normales:

Médico: ¿parto normal?

Madre: no, cesárea.

Médico: ¿por qué?

Madre: porque la cabeza era muy grande y mi pelvis estrecha.

Médico: déjeme ver el carné [de vacunación]. ¿Le dio la Vitamina A y el hierro?

Madre: hierro no porque me dijo que estaba bien de peso.

Médico: está muy bien de peso, está dentro de lo normal, con riesgo de baja talla. Vamos a ver tu corazoncito, así hace tu corazón pum, pum, pum, pum [la niña llora].

Madre: no hay que llorar porque los doctores son los amigos.

Médico: hemoglobina está en 12,4. Le vamos a dar hierro y ácido fólico.

Madre: mi hija tuvo problemas con el peso, por eso cuando me dicen que está bien, yo me pongo eufórica (cuaderno de campo, 27 de abril de 2017).

Las palabras “está bien”, “está normal”, tienen una gran eficacia emocional. Su efectividad radica en que son discursos planteados por personas calificadas y respaldadas por un saber considerado científico. Así como el chamán en el rito cuna¹²¹ proporciona a la paciente un lenguaje que provoca el desbloqueo del proceso fisiológico, las palabras del médico otorgando la categoría de “normal” tienen

121 Aquí se hace alusión al texto de Lévi-Strauss ([1958]1995) “La eficacia simbólica”, donde realiza un análisis comparativo entre la eficacia simbólica del canto cuna que se recita en ocasión de las complicaciones que se dan en los partos y las técnicas del psicoanálisis, afirmando que a través de la vivencia intensa del mito por parte de la enferma, se induce a una transformación y reorganización orgánica, consistente y estructural.

también una función terapéutica en las personas que asisten al Centro de Salud de Llano Chico. Así, las palabras del médico otorgando la categoría de “normal” se convierten en un reconocimiento social y calificado para padres y madres.

Conclusiones

La medicina con su poder autoritativo construye cuerpos normales a través de sus dispositivos de disciplinamiento, control y normalización. Al mediar la atención en salud, los formularios de la HCU son los principales dispositivos de disciplinamiento y de autodisciplinamiento tanto para el personal sanitario como para las y los usuarias/os de las instituciones sanitarias, quienes deben adaptarse a los estándares de normalidad construidos por dichos documentos.

La estadística descriptiva utilizada para elaborar los estándares antropométricos en las curvas de crecimiento de los formularios de la HCU, es realmente prescriptiva. Al escoger bajo ciertos parámetros a los individuos con los que se van a establecer los estándares de normalidad, se evidencia una clara intencionalidad de construir un tipo específico de población. Por lo que al establecer, medias, medianas, promedios para la población, la estadística no está simplemente midiendo un fenómeno social, sino naturalizándolo.

Así la normalidad se establece como una tipología a partir de datos estadísticos y luego se instala como valor social a ser alcanzado. Los individuos que no se adecuan a dicha tipología son normalizados a través de diferentes estrategias del poder saber de la medicina como fármacos y exámenes médicos. Además, el biopoder que se ejerce en los cuerpos de los sujetos se interioriza en forma de autodisciplinamiento, de manera que son las mismas personas las que llegan a los centros de asistencia médica a constatar, recobrar o mantener su “normalidad”, aunque en muchas ocasiones no registran ningún síntoma. Así, el poder productivo de la norma no solamente construye cuerpos normales, construye personas funcionales al discurso de la normalización. Se construye una subjetividad subordinada, es decir, personas cuyo objetivo es alcanzar, mantener y preservar la normalidad.

Los médicos son los primeros objetos de normalización por parte de la medicina. Ellos son formados desde una perspectiva que privilegia las causas biológicas de la enfermedad dejando de lado los determinantes sociales de la salud, que son considerados como datos anecdóticos o circunstanciales, con poco o ningún peso en la condición de salud de las personas. Esta situación se observa en la práctica médica de la mayoría de instituciones de salud ecuatorianas en las que se considera únicamente la causa biológica o a lo sumo la conductual en la condición de salud de las personas. De esta forma se culpabiliza al estilo de vida individual y se exculpa a las estructuras sociales y económicas generadoras de desigualdades, como causas de la enfermedad.

Referencias citadas

- Bacarlett Pérez, María y Lechuga de la Cruz, Amalia María. 2016. Canguilhem y Foucault: de la normatividad a la normalización. *Ludus Vitalis*. 17(3): 65-85.
- Butler, Judith. 2012. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Canguilhem, George. 1986. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Citro, Silvia. 2009. *Cuerpos significantes: travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Biblios Culturalia.
- Douglas, Mary. 1970. *Símbolos naturales, exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- Elías, Norbert. [1939]1987. *El proceso civilizatorio*. México DF: FCE.
- Foucault, Michel. 1992. *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel. 1993. *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, Michel. 1999. *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, Michel. 2007. *Los anormales*. Buenos Aires: FCE.
- Good, Byron. 1994. *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge University Press.
- Le Breton, David, Marta Melero Gómez y Daniel Borillo. 1994. Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. *Reis*. 68(94): 197-210.
- Le Breton, David. 2002. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lévi-Strauss, Claude. [1958]1995. *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós.
- Martínez Barreiro, Ana. 2004. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Revista de Sociología*. (73): 127-152.
- Mauss, Marcel. [1935]1971. Técnicas y movimientos corporales. *Sociología y Antropología*. (2): 337-354.
- MSP. 2011a. "Normas de atención integral a la niñez". Dirección de Normatización del SNS; OPS; OMS; UNICEF.
- MSP. 2011b. "Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña". Coordinación Nacional de Nutrición.
- MSP. 2012a. "Manual de procedimientos de antropometría y determinación de la presión arterial". Coordinación Nacional de Nutrición.
- MSP. 2012b. "Manual del Modelo Integral de Salud-MAIS". Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública; Dirección Nacional de Articulación del SNS.
- MSP. 2013. "Acuerdo Ministerial nro. 3094".
- OMS. 2006. "Patrones de crecimiento infantil de la OMS: longitud/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad. Métodos y desarrollo". Ginebra: OMS.
- OMS. 2008. "Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño patrones de crecimiento del niño de la OMS". Ginebra: OMS.

